

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO**

**MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL GRUPAL  
PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD RELACIONADA A LA ADICCION**

**Por**

**LIC MATIAS TEJADA P**

**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS  
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR POR EL  
GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**2017**

51

## INDICE

Pagina	
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN/SUMMARY	1
INTRODUCCION	2
 CAPITULO I FUNDAMENTACION TEORICA	 5
1 1 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ADICCION	6
1 1 1 Definicion	6
1 1 2 Antecedentes	6
1 1 3 Causas	8
1 1 3 1 Factores familiares	10
1 1 3 2 Factores comunitarios	12
1 1 3 3 Factores de los compañeros e iguales	13
1 1 3 4 Factores escolares	14
1 1 3 5 Factores individuales	15
1 2 ASPECTOS GENERALES DE LA ANSIEDAD	17
1 2 1 Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad	18
1 2 2 Mecanismos neurobiologicos implicados en la etiopatogenia	19
1 2 3 Ansiedad en la adiccion	21
1 2 4 Naturaleza cognitiva de la ansiedad	23
 CAPITULO II TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL	 25
2 1 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	26
2 1 1 Modelo de intervencion Cognitivo Conductual Grupal	26
2 1 2 Aspectos Eticos en el Trabajo Terapeutico con Adictos	26
2 1 3 Terapia Cognitiva Conductual y Ansiedad	27
2 1 4 Estrategias de Intervencion en la Terapia Cognitiva Conductual	31
2 1 4 1 Resolucion de Problemas	31
2 1 4 2 Automonitoreo	32
2 1 4 3 Control de estimulo	33
2 1 4 4 Entrenamiento de Relajacion	33
2 1 4 4 1 Tecnica de relajacion de Jacobson	34
2 1 4 4 2 Respiracion profunda y control respiratorio	38
2 1 4 4 3 Visualizacion e Imagenes guiadas	39
2 1 4 5 Desensibilizacion de autocontrol	40
2 1 4 6 Entrenamiento en higiene para dormir	40
2 1 4 7 Reestructuracion cognitiva	41
2 1 4 8 Entrenamiento de habilidades sociales	42
2 2 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ADICCION	43

1 0 MAY '318

Obreguno Antez

<b>CAPITULO III METODOLOGIA</b>	<b>45</b>
<b>3 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>46</b>
<b>3 2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION</b>	<b>46</b>
<b>3 3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>48</b>
3 3 1 Objetivo General	48
3 3 2 Objetivos Especificos	48
<b>3 4 HIPOTESIS DE INVESTIGACION</b>	<b>48</b>
3 4 1 HIPOTESIS CONCEPTUAL	48
3 4 2 HIPOTESIS ESTADISTICAS	48
<b>3 5 DISEÑO DE INVESTIGACION</b>	<b>49</b>
<b>3 6 DEFINICION DE LAS VARIABLES</b>	<b>51</b>
3 6 1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	51
3 6 2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	51
3 6 3 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	53
3 6 4 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	53
<b>3 7 POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>53</b>
3 7 1 POBLACION	53
3 7 2 MUESTRA	53
3 7 3 CRITERIOS DE INCLUSION	53
3 7 4 CRITERIOS DE EXCLUSION	54
<b>3 8 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE MEDICION</b>	<b>54</b>
<b>3 9 MANEJO ESTADISTICO</b>	<b>55</b>
<b>3 10 METODO DE INTERVENCION</b>	<b>56</b>
<b>3 11 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACION</b>	<b>65</b>
<b>CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>80</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

## INDICE DE CUADROS

	Pagina
<b>Cuadro N° 1</b> <b>Caracteristicas generales de la muestra</b>	<b>68</b>
<b>Cuadro N° 2</b> <b>Prueba T para muestras dependientes en la escala de ansiedad estado (STAI)</b>	<b>75</b>
<b>Cuadro N° 3</b> <b>Prueba T para muestras dependientes en la escala de ansiedad rasgo (STAI)</b>	<b>76</b>

## **INDICE DE FIGURAS**

	<b>Pagina</b>
<b>Grafica N° 1 Nivel educativo de la muestra</b>	<b>69</b>
<b>Grafica N° 2 Porcentaje de sujetos con pareja</b>	<b>70</b>
<b>Grafica N° 3 Medida de la muestra de la escala de ansiedad estado (STAI) en la pre prueba y la post prueba</b>	<b>71</b>
<b>Grafica N° 4 Medida de la muestra de la escala de ansiedad rasgo (STAI) en la pre prueba y la post prueba</b>	<b>72</b>
<b>Grafica N° 5 Puntajes directos de la muestra en la escala de ansiedad estado (STAI) en la pre prueba y la post prueba</b>	<b>73</b>
<b>Grafica N° 6 Puntajes directos de la muestra en la escala de ansiedad rasgo (STAI) en la pre prueba y la post prueba</b>	<b>74</b>

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO  
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Programa de maestria en	Psicologia Clinica
Facultad de	Psicologia
Numero de Codigo	CE PT 327 14 06 13 120
Nombre del Estudiante	Matias Tejada P Ced 6 705 1102
Titulo al que aspira	Maestria en Psicologia Clinica
Tema de Tesis	Intervencion Psicoterapeutica Cognitiva Conductual grupal para disminuir la ansiedad relacionada a la adiccion
Resumen ejecutivo	El trabajo a desarrollar consiste en un Estudio Explicativo (Pre experimental) con diseño de antes y despues con un solo grupo cuyo proposito es disminuir la ansiedad relacionada a la adiccion en un grupo de hombres residentes internos del Hogar Crea de Chilibre Se pretende implementar una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal y evaluar su efectividad al terminar la misma
Nombre del Asesor	Profesora Melba Stanziola
Firma del Asesor	_____
Firma del Estudiante	_____
Aprobado por	_____ Coordinador del Programa
	_____ Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigacion y postgrado
Fecha	_____

## DEDICATORIA

A mi querido hijo Mathew como fuente de inspiracion en sus metas  
academicas y personales

## AGRADECIMIENTO

A DIOS por llenar mi vida de su gracia y misericordia

Especial agradecimiento a la Profesora Melba Stanziola por su valiosa asesoria en la consecucion de esta tesis

A la profesora Elsa Fajardo por su excelente ayuda en el manejo estadistico de los resultados

Extiendo mi agradecimiento a la Psicologa Marja Ruiz de Fernandez directora de Hogares CREA a su equipo de trabajo de Chilibre y a todo el grupo de hombres que alli se encuentran en busca de ayuda

A mis seres queridos familiares y amigos por todo ese apoyo que he recibido a lo largo de mi vida y que gracias al mismo he podido cosechar este fruto



## RESUMEN

Con el proposito de analizar la efectividad de una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal para disminuir la ansiedad relacionada a las adicciones se realizo un estudio pre experimental con un diseño de antes y despues con un solo grupo conformado por doce hombres de edad promedio de 34 años residentes internos del Hogar CREA ubicado en Chilibre. Los resultados se analizaron mediante la prueba estadística paramétrica T para muestras dependientes la cual permitio rechazar la hipotesis de investigacion. Los datos obtenidos se presentaron a traves de graficas y tablas las cuales se utilizaron para establecer las conclusiones de la investigacion.

**Palabras claves:** intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal, ansiedad, adicciones, pre experimental, estadística paramétrica.

## SUMMARY

The objective of the study was to analyze the effectiveness of a group cognitive behavioral psychotherapy intervention to decrease addiction related anxiety. A pre experimental study was conducted with a before and after design with a single formed group by twelve men of average age of 34 years, internal residents of the home creates located in Chilibre. The results were analyzed using the parametric statistical test T for dependent samples which allowed to reject the research hypothesis. The data obtained were presented through graphs and tables which were used to establish the conclusions of the investigation.

**Key words:** psychotherapeutic intervention, cognitive behavioral group, anxiety, addictions, pre experimental, parametric statistics.

## INTRODUCCION

En la actualidad existen diversos estudios que analizan la relacion entre ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas tanto con muestras clinicas como con muestras de la poblacion general reflejando la existencia de datos que apoyan la hipotesis de una influencia reciproca entre ambas como lo sostenian en el 2007 Rodriguez Lopez J A Gonzalez Ordı H Cano Vindel A & Iruarrizaga Diez I

Por otro lado los trastornos de ansiedad causan los sindromes ya conocidos con sus desagradables secuelas fisicas Recordemos que la ansiedad es un circulo vicioso entre los efectos fisicos y el feedback (realimentacion de estos mismos efectos) Es precisamente este conjunto de secuelas el que provoca en el sujeto la necesidad imperiosa de acabar con estas sensaciones negativas ya que la persona ansiosa busca escapar de la sensacion de estar ansiosa Y este estado de estres causado por la crisis o el estado de ansiedad es la razon por la que muchas personas abusan del alcohol y otras sustancias que les brindan un rapido relax pero como entre la ingesta y los efectos hay muy poco espacio de tiempo el consumo se convierte en una continua necesidad como relajante del estres y la ansiedad lo que se traduce en un condicionamiento negativo En este sentido en la Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana (12 1 2015) se plantea que en la poblacion general la crisis de ansiedad es uno de los trastornos psiquiatricos mas prevalentes ya que segun algunos autores las cifras alcanzan hasta un 25% de la poblacion aunque estudios realizados indican que entre un 23% y un 70% de pacientes alcoholicos presentan tambien trastornos de ansiedad sobre todo neurosis de ansiedad y fobias Por otro lado del 20% al 45% de pacientes con trastornos de ansiedad tienen antecedentes de alcoholismo

Por la relacion antes expuesta el presente trabajo de investigacion evaluara los efectos de una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal que tiene como proposito disminuir de manera clinicamente significativa los niveles de ansiedad en sujetos residentes internos en un Hogar CREA y que padecen de algun tipo de adiccion a drogas

, Se ha elegido una intervencion terapeutica cognitiva conductual grupal porque la misma ha demostrado eficacia tanto en el tratamiento de la ansiedad como en el tratamiento de la adiccion aunque en esta ocasion solo se busque medir la afectacion en los niveles de ansiedad de la poblacion tratada

Ahora bien para que se tenga una idea suficientemente clara acerca del objetivo de la investigacion que presenta este trabajo se ha decidido distribuir su contenido en diferentes capitulos

En el capitulo I se describe la adiccion su definicion antecedentes causas y los distintos factores de riesgo y proteccion que inciden en su desarrollo Asi como tambien los aspectos generales de la ansiedad su definicion etiopatogenia y los factores biologicos psicosociales traumaticos cognitivos y conductuales que se asocian a la misma Al final del capitulo se explica la relacion reciproca entre la ansiedad y la adiccion

El capitulo II esta dedicado al tratamiento cognitivo conductual describiendo el abordaje grupal los aspectos eticos del trabajo terapeutico con adictos y las diferentes estrategias de intervencion en la terapia cognitiva conductual utilizadas en este estudio

El capítulo III presenta la metodología utilizada se enuncia el problema la justificación los objetivos se formulan las hipótesis y se establece el diseño de investigación además se definen las variables se describe la población objeto de estudio y muestra instrumentos y técnicas de medición así como también el manejo estadístico

En el capítulo IV se detalla el análisis de los resultados de la investigación los cuales se presentan mediante tablas y gráficas

Por último fruto de la ardua pero gratificante labor investigativa se presentan las conclusiones y recomendaciones así como las fuentes bibliográficas consultadas y los anexos que permitan revisar información valiosa utilizada en el estudio

**CAPITULO I**  
**FUNDAMENTACION TEORICA**

## **1 1 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ADICCION**

### **1 1 1 DEFINICION**

La adiccion es una enfermedad volitiva biogenetica recurrente y multicausal que se incuba esencialmente en el entorno familiar social y ambiental siendo inconsciente e involuntariamente mantenida por la coadiccion familiar Se caracteriza principalmente por la imperativa irrefrenable e insaciable apetencia de placer inconsciencia de enfermedad carencia de voluntad efectiva degradacion progresiva de la personalidad comportamiento disocial e insensibilidad entre otras manifestaciones clinicas (Nizama Valladolid 2011)

### **1 1 2 ANTECEDENTES**

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre Fumar cigarrillos beber alcohol mascar hojas de coca esnifar preparados psicoactivos beber pocimas fumar marihuana utilizar el opio para el dolor y otros son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando Mas actualmente que junto a las anteriores y sus derivados industriales o quimicos destacan las nuevas adicciones Unas estan derivadas de sustancias como es el caso de la heroína la cocaína las drogas de diseño el LSD entre las mas importantes y otras son adicciones comportamentales sin sustancia como resultado de nuestra sociedad tecnologica como la adiccion a Internet al juego de azar al telefono movil a los telefonos eroticos al sexo a las compras y a una amplia gama de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña E Cortes M Arias F Barreiro C Berdullas J Iraurgi I & Villanueva V 2011)

Se calcula que unos 250 millones de personas es decir alrededor del 5% de la poblacion adulta mundial consumieron drogas por lo menos una vez en 2015 Aun mas inquietante es el

hecho de que unos 29 5 millones de esos consumidores es decir el 0 6% de la poblacion adulta mundial padece trastornos provocados por el uso de drogas Eso significa que su aficion a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2017)

Los factores de riesgo y de proteccion en el uso e inicio de consumo de drogas estan en mayor o menor medida relacionados con los comportamientos familiares asi como de los grupos de amigos parientes y en resumen al contexto social en el que se desarrollan los sujetos Los factores de riesgo se entienden como aquellos factores que contribuyen a aumentar la probabilidad de aparicion del consumo de drogas ya sean de naturaleza fisica quimica biologica psicologica social economica o cultural En cambio los factores de proteccion son aquellos que previenen la aparicion de dicho consumo

El establecimiento de relaciones en la familia y el entorno social suponen un marco critico que somete al sujeto a influencias directas en su desarrollo psiquico y social considerandose un contexto de riesgo aquel en el cual puedan darse las bases para la aparicion de sintomas y enfermedades asi como tambien de alteraciones de personalidad Los factores de riesgo familiares son considerados de los mas importantes junto con el de los amigos ya que el clima familiar del sujeto juega un papel decisivo a la hora de configurar su personalidad actitudes autoconcepto forma de relacionarse con su medio social y cultural ademas de ser el marco de referencia en el que se realiza la socializacion del individuo

Las conductas que se relacionan con el consumo se corresponden con la curiosidad la experimentacion de nuevas sensaciones sumados a la inhibicion de situaciones adversas o la

aceptación del consumo en el entorno directo. El alcohol por ejemplo, una droga considerada lícita y de consumo popular, así como el uso de otras sustancias cuyo empleo se entiende de carácter más duro, generan cambios que comprometen no solo al individuo sino a la familia y la comunidad.

El hecho de que un miembro de la familia se establezca como consumidor habitual, que los roles establecidos en la familia no propicien la realización de actividades conjuntas, la falta de claridad en las reglas marcadas, la presencia o no de los padres en el hogar, que los adolescentes sientan peligro en su casa, que los sujetos estén en contacto directo con el consumo en su grupo social inmediato, los problemas con las autoridades, que los patrones de ocio incorporen el consumo como comportamiento común, son todas variables susceptibles que deben tomarse en cuenta para comprender el problema de la adicción como un asunto complejo que supone atender varios y diversas circunstancias con el propósito de encontrar posibles soluciones.

Queda demostrado entonces, que son muchos los factores que pueden influir en la posibilidad de que un individuo presente una conducta adictiva hacia ciertas sustancias psicoactivas a lo largo de su vida.

### **1.1.3 CAUSAS**

Ambrosio, citado por Becoña et al. (2011), sostiene que un aspecto esencial es que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción. Este dato parece hoy día poco cuestionable, pues el problema estriba en que de momento no se puede predecir que persona concreta tiene ese mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad adictiva. Sin embargo, se puede afirmar que la dependencia a una sustancia es fruto de la interacción de factores biológicos (la vulnerabilidad personal y



susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales. Es decir, que una exposición continua a una determinada sustancia supone una adaptación o neuroregulación cerebral de los diversos sistemas afectados por dicha sustancia, que contribuirá a mantener una conducta adictiva.

Estos cambios en la conducta afectan regiones cerebrales de las que dependen funciones tan básicas como la percepción de recompensa, la motivación y voluntad, la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones, la impulsividad, el aprendizaje de errores. El grado de vulnerabilidad personal quedaría expuesto en las fases iniciales del consumo. Así que aquellos sujetos especialmente vulnerables presentarían más tempranamente y con mayor intensidad alteraciones en dichas áreas y, por tanto, en dichas funciones, lo que facilitaría el paso del consumo puntual a la dependencia y el mantenimiento de la misma.

Según Becoña et al. (2011), junto a los factores neurobiológicos, cabe destacar que existen otra serie de factores: algunos protectores, otros de riesgo, algunos biológicos, otros psicológicos, sociales y ambientales, que condicionan la dependencia interactuando con los factores puramente genéticos.

Entendemos por factor de riesgo un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento), mientras que un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

### **1 1 3 1 Factores familiares**

Como afirman Mielgo Lorigados Calleja y Cachero (2012) el establecimiento de relaciones en la familia y el entorno social suponen un marco critico que somete al sujeto a influencias directas en su desarrollo psiquico y social considerandose un contexto de riesgo aquel en el cual puedan darse las bases para la aparicion de sintomas y enfermedades así como tambien de alteraciones de personalidad Los factores de riesgo familiares son considerados de los mas importantes junto con el de los amigos ya que el clima familiar del sujeto juega un papel decisivo a la hora de configurar su personalidad actitudes autoconcepto forma de relacionarse con su medio social y cultural ademas de ser el marco de referencia en el que se realiza la socializacion del individuo De acuerdo a Vielva citado en Laespada et al (2004) existe una evidencia solida respecto a la influencia de las variables control disciplina o estilo parental en la aparicion de estas conductas de riesgo para el abuso de drogas

A diferencia de los factores de riesgo hay ciertos aspectos personales y familiares que minimizan la posibilidad de implicarse en una adiccion Prevenir los problemas adictivos requiere necesariamente que los esfuerzos de padres y educadores se dirijan a potenciar esos factores (Carbonell Graner Beranuy y Chamarro 2009 Echeburua y Requesens 2012)

En la investigacion realizada por la Universidad Autonoma del Estado de Mexico titulada Funcionamiento Familiar de Consumidores de Sustancias Adictivas con y sin Conducta Delictiva los resultados señalan que los consumidores de sustancias que delinquen y que no delinquen perciben que en su familia se le da mayor importancia a los aspectos de autonomia organizacion y actuacion los cuales conllevan una tendencia hacia la busqueda de intereses personales toma de decisiones planificacion de actividades y responsabilidades y acciones

orientadas competitivamente hacia el logro lo cual no se refleja en la literatura sobre el tema Pareceria que estas familias estan mas orientadas hacia la independencia y logro que al cuidado de la union y vinculos familiares (Martinez 2013)

El consumo de drogas por los familiares representa un factor de riesgo de consumo para el adolescente en particular si se trata de la figura paterna (Ruiz Candina 2014)

Cuando uno o mas miembros de la familia presentan una adiccion la dinamica familiar las relaciones la comunicacion la forma de comportarse de los miembros las normas y muchas otras cosas varian y se hacen disfuncionales pudiendo dar lugar a cierta codependencia (conjunto de conductas que promueven la adiccion entre ellas la falta de limites la obsesion conductas de rescate control deseo de cambiar a la persona adicta y otras mas) Segun esto la familia de una persona con problemas de adiccion suele presentar algunas alteraciones como la distorsion de los sentimientos manipulaciones por parte del adicto sobreproteccion por parte del resto de familiares angustia rabia temor y la mencionada codependencia Por todo ello se puede afirmar que el consumo de drogas tanto legales como ilegales acarrea importantes disfunciones en el ambito familiar pero tambien en el social (Fundacion Manantiales 2015)

Existen en la familia factores tanto de riesgo como de proteccion que favorecen la aparicion de conductas adictivas Segun Lopez Larrosa Silvia Rodriguez Arias Palomo Luis (2010) cuanto mas favorables al consumo de drogas son las actitudes familiares mayor es la tendencia al consumo de sustancias Pero no solo esto tambien la historia familiar de conducta antisocial se relaciona con un alto consumo de alcohol y tabaco de marihuana u otras drogas ilegales

En investigaciones realizadas por el National Institute on Drug Abuse (2014) se plasma que los principales factores familiares de riesgo para el abuso de drogas se relacionan con un ambiente familiar inadecuado en el que los padres abusan de alguna sustancia o tienen enfermedades mentales en donde exista una paternidad ineficaz principalmente en casos de niños complicados y con desordenes de conducta en el que se evidencie una carencia de enlaces mutuos y de cariño a lo largo de la crianza

En relacion a los factores de proteccion en el ambiente familiar se destacan las oportunidades para la implicacion en la familia el apego familiar creencias saludables y claros estandares de conducta tambien altas expectativas parentales un sentido de confianza positivo y una dinamica familiar positiva

### **1 1 3 2 Factores comunitarios**

Existe una relacion importante entre la comprension que una sociedad tiene acerca del hombre y del mundo y el empleo que la misma hace de las distintas sustancias psicoactivas Los valores predominantes los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga sobre las drogas influiran por tanto en la eleccion de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas constituyendose como factores de riesgo y proteccion para el uso abuso y dependencia por parte de sus individuos (Becoña et al 2011)

Dentro de la comunidad existen factores de riesgo y proteccion para el consumo de drogas Como afirman Lopez Larrosa Silvia y Rodriguez Arias Palomo Luis (2010) la disponibilidad de drogas esta presente como factor de riesgo en todos los consumos menos en tabaco así a mayor disponibilidad de drogas mayor tendencia a consumir Tambien juegan un

papel importante como factores de riesgo la privación económica y social desorganización comunitaria cambios y movilidad de lugar igualmente las creencias normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias en definitiva la baja percepción de riesgo frente a las mismas

La comunidad puede brindar factores protectores para el consumo de drogas estableciendo un sistema de apoyo externo positivo con redes sociales que brinden oportunidades para participar como un miembro activo instaurando normas culturales que propicien altas expectativas para los jóvenes y disminuyéndose la accesibilidad a la sustancia

### **1.1.3.3 Factores de los compañeros e iguales**

El consumo de sustancias psicoactivas por parte de los pares ha sido frecuentemente uno de los predictores más fuertes de uso de dichas sustancias en la juventud (Marschall et al 2014)

La importancia de los pares en el consumo de sustancias psicoactivas puede deberse a un comportamiento observable que atrae a los adolescentes hacia el consumo de drogas es decir que la influencia por parte de los pares se da de forma pasiva o por imitación (Harakeh & Vollebergh 2012)

Del mismo modo se debe tener en cuenta la influencia activa la cual se refiere a la presión que ejercen los amigos en el grupo de adolescentes de forma directa y abierta Este tipo de influencia está estrechamente relacionada con habilidades de rechazo y resistencia por parte de los adolescentes pues al carecer o contar con habilidades inefectivas son más susceptibles a ceder a la presión que ejercen sus amigos sobre ellos que en este caso es la presión para el

consumo de sustancias psicoactivas (Harakeh & Vollebergh 2013)

Repetti Taylor y Seeman citados en Becoña et al (2011) señalan que no solo el pertenecer a un grupo puede incrementar el consumo de sustancias sino que tambien el rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de problemas emocionales y conductuales asi como de psicopatologia y de consumo de sustancias

Finalmente es importante señalar que el grupo y el apego a los iguales tambien pueden ser un potente factor de proteccion cuando estos no consumen drogas Cuando se fomenta el desarrollo de un estilo de vida saludable se asumen valores y actitudes pro sociales y se involucran en actividades organizadas por la escuela recreativas de ayuda o religiosas

#### **1 1 3 4 Factores escolares**

Segun Lopez Larrosa Silvia y Rodriguez Arias Palomo Luis (2010) el fracaso academico es un factor de riesgo para el alto consumo de alcohol y tabaco Resulta llamativo que el escaso compromiso con la escuela (poco disfrute en ella y poco interes en actividades academicas) parece «proteger» frente al tabaco y su alto consumo y que las recompensas por la implicacion pro social (sentirse seguro en el colegio y que el trabajo bien hecho sea reconocido) esten relacionadas con una tendencia mayor a consumir tabaco y drogas ilegales

Junto con la familia la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana pues en ella los niños y adolescentes pasan gran parte del día Es por esto que su papel en la proteccion contra el uso abuso y dependencia de sustancias psicoactivas resulta fundamental Asi cuando en el centro escolar se promueve una educacion integral de calidad

cuando existe un adecuado seguimiento personal de los alumnos y sus necesidades y un ajuste a las mismas se fomenta una mayor autonomia y un mayor sentido de responsabilidad que se asocian a una menor probabilidad de desarrollo de conductas problema entre las que se encuentra el consumo de drogas Tambien parece ser relevante el tamaño de la escuela ya que en centros grandes el control y apoyo de los profesores hacia los alumnos es menor así como la motivación e implicación en el proceso global de la educación En el sentido contrario el percibir y tener disponibilidad por parte del profesorado para hablar de los problemas personales tiene ciertos efectos protectores (Becoña et al 2011)

### **1 1 3 5 Factores individuales**

Marschall Castellanos Vitaro y Seguin (2014) afirman que existen diferentes factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas entre estos los familiares y parentales la pubertad vulnerabilidad genética popularidad ansiedad el contexto en donde se desenvuelven rasgos de personalidad y otras características individuales }

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos psicológicos conductuales y los rasgos de personalidad La mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos y están relacionados con el consumo de alcohol de los padres y el que realizan los hijos Dentro de los factores biológicos el sexo y la edad son dos variables especialmente relevantes en el uso de sustancias ya que en todas las sustancias ilegales existe una mayor prevalencia de consumo en los varones y en el grupo de menor edad especialmente entre los 15 y 34 años (Plan Nacional sobre Drogas 2008) Bustos (2012) señala que los hombres están cuatro veces más expuestos que las mujeres a tener contacto con drogas y expone que a estos se les ofrecen más las drogas que a las mujeres

Segun Lopez Larrosa Silvia y Rodriguez Arias Palomo Luis (2010) las actitudes favorables al consumo se relacionan con una mayor tendencia a consumir alcohol drogas ilegales y con alto consumo de alcohol y tabaco La busqueda de sensaciones se relaciona con un mayor consumo de cocaína y alto consumo de alcohol

Existe una elevada prevalencia de pacientes con patologia dual considerando como tal la presencia de un diagnostico actual de trastorno mental y de trastorno por uso de sustancias distintas al tabaco entre los sujetos que buscan tratamiento siendo mayor en la red de atencion al drogodependiente principalmente entre aquellos con dependencia al alcohol o a la cocaína (Bolotner 2011)

En el caso del alcohol diversos autores como Garcia Cabeza I Epifanio Gutierrez M M Medina O Vidal J & Arango C (2008) han encontrado una importante asociacion entre las conductas disociales y otros trastornos y un posterior abuso de alcohol y otras sustancias especialmente con conductas suicidas y suicidio consumado

Es bien conocida la interrelacion entre depresion y conducta adictiva un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo Tambien es habitual que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresion como patologia asociada (Moral 2011)

Horner y Scheibe citados por Becoña et al (2011) señalan que las patologias mas asociadas habitualmente al consumo de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por deficit de atencion con hiperactividad (TDAH) Asi el 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de trastorno de conducta y TDAH respectivamente lo hacen



tambien debido a algun trastorno por uso de sustancias

Segun Kendler Bulik Silberg Hettema Myers y Prescott citados por Becoña et al (2011) la existencia en la infancia de eventos traumaticos como pueden ser el abuso fisico o sexual se asocia con la aparicion de desajustes mentales especialmente con depresion y trastorno de estres postraumatico y con el abuso de sustancias Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia

Los estudios muestran que las funciones neuropsicologicas desempeñan un papel muy importante en la manifestacion de adicciones especialmente las funciones ejecutivas Las capacidades para anticipar planear inhibir conductas impulsivas y realizar juicios acertados sobre las consecuencias de nuestros actos se relacionan estrechamente con las adicciones Cuando un individuo sufre alteraciones que afectan estas funciones tiene mayor probabilidad de experimentar con drogas (Bustos 2012)

No obstante existen importantes factores individuales de proteccion tales como la religiosidad la creencia en el orden social el desarrollo de habilidades sociales la creencia en la propia auto eficiencia la habilidad para adaptarse a circunstancias cambiantes la orientacion social positiva el poseer aspiraciones de futuro y la resiliencia o capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumaticas

## **1 2 ASPECTOS GENERALES DE LA ANSIEDAD**

La ansiedad es un componente normal y habitual de la vida psiquica de todo individuo y se corresponde en la definicion tradicional con los aspectos subjetivos de la emocion que

acompaña la incertidumbre respecto del desenlace de una situación un acontecimiento o un hecho situado en el futuro mas o menos inmediato o bien la certeza de que el desenlace sera negativo Se acompaña habitualmente de variadas manifestaciones viscerales (disnea nudo en el estomago premura vesical colicos intestinales opresion precordial palpitaciones taquicardia) y motoras (tension inquietud inhibicion o agitacion) (Chappa 2006)

Otra definicion muy utilizada la considera como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somaticos y psicicos que puede presentarse como una reaccion adaptativa o como sintoma o sindrome que acompaña a diversos padecimientos medicos y psiquiatricos

Desde un punto de vista evolucionario la ansiedad le permite al animal anticipar peligros detectar amenazas y activar las conductas destinadas a enfrentar escapar o evitar las mismas Sin estas propiedades de reaccion del sistema nervioso central pertenecientes al subsistema de defensa ningun animal podria sobrevivir (Chappa 2006)

Las condiciones particulares de vida del hombre y la experiencia personal habran de conformar el espectro de estímulos o situaciones consideradas como de riesgo capaces de activar estos patrones de respuesta (Chappa 2006)

### **1 2 1 ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

En la actualidad se acepta que en el origen de la ansiedad participan factores biológicos psicodinámicos sociales traumáticos y de aprendizaje Muchos de los trastornos tienen su raíz en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente otras estan asociadas a conflictos

intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas. Sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

Cabe resaltar que los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad como factores precipitantes, agravantes o causales. De igual manera, enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, entre otros, suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y el trastorno de estrés posttraumático.

## **1.2.2 MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La neurobiología de la ansiedad plantea que existe una anatomía de las emociones que hay regiones del cerebro que tienen una función crucial en su experimentación. Se plantea además que todo proceso cognitivo y emocional comprende todo el cerebro. La localización de las emociones estaría en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo y otras estructuras, todas ellas con conexiones con el tallo cerebral, médula oblongata, de la cual sale el nervio Vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino (Gómez 2007).

Para conocer la manera como se produce la ansiedad, se detalla a continuación el modo en que las estructuras corticosubcorticales participan. La entrada sensorial de un estímulo

condicionado de amenaza corre a través del talamo anterior al nucleo lateral de la amígdala y luego es transferido al nucleo central de la amígdala el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dan lugar a las siguientes reacciones:

- 1 Con el striatum hay una activación motor esquelética para huir o atacar
- 2 Con el nucleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria
- 3 Con el nucleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático
- 4 Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el nucleo paraventricular del hipotalamo da lugar a la liberación de neuropeptidos y adrenocorticoideas como una respuesta hormonal al estrés.
- 5 Con la region gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento
- 6 Con el nucleo dorsal del vago que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotalamo se produce activación del sistema parasimpático incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales
- 7 Con el nucleo trigemino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Reyes Ticas 2010)

Esta conexión se establece tempranamente en la filogenia y es la responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida de la alimentación y la actividad sexual que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor.

### 1 2 3 ANSIEDAD EN LA ADICCION

Segun Rodriguez Lopez J A Gonzalez Ordı H Cano Vındel A & Iruarrizaga Diez I (2007) la relacion entre ansiedad y consumo de sustancias ha sido analizada en diversos estudios tanto con muestra clinica como con muestra de poblacion general reflejando la existencia de datos que apoyan la hipotesis de una influencia reciproca entre ambas

Los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad presentan una gran comorbilidad (entre el 18% y 37%) lo cual complica el tratamiento y empeora el pronostico de los pacientes (incluido mayor riesgo de suicidio) (Saiz et al 2014)

Segun Cano Vındel Miguel Tobal Gonzalez Ordı & Iruarrizaga citados por Rodriguez Lopez J A et al (2007) la existencia de una relacion bidireccional entre la respuesta de ansiedad y el consumo de drogas ha suscitado el interes de diversos estudios Dicha relacion resulta complicada debido a la implicacion de multiples factores Veamos los dos sentidos de esta relacion

Por un lado altos niveles de ansiedad pueden influir en el inicio y mantenimiento de conductas consumatorias de diferentes sustancias psicoactivas ya que los estados de ansiedad aumentaran o disminuiran en funcion del incremento y caida de los niveles de droga en la sangre La ansiedad puede alentar la necesidad de consumo en cuanto a que ciertas respuestas consumatorias como comer excesiva y reiteradamente el uso de depresores (alcohol cannabis y otras) o estimulantes (derivados anfetaminicos cocaına tabaco y otros) pueden reducir el efecto negativo aunque puedan agravar los deficit de comunicacion del individuo con su medio permitiendole poner en marcha estrategias "artificiales" para afrontar diversas situaciones

ansioenas Estas estrategias 'artificiales' tenderian asi a repetirse y con el tiempo podrian conllevar un patron de adiccion segun Echeburua Salaberria y Fernandez –Montalvo citados por Rodriguez Lopez J A et al (2007)

Por otro lado el consumo cronico de sustancias psicoactivas puede inducir alteraciones neuroquimicas similares o identicas a las alteraciones endogenas propias de los trastornos de ansiedad Ademias el sindrome de abstinencia a las diferentes drogas provoca sintomas opuestos a sus propiedades farmacologicas lo que viene a significar que se producen sintomas de caracteristicas similares a los que promovieron el uso de la sustancia toxica A todo esto habria que añadir que en un proceso de recaida ante una sustancia el exceso de ansiedad como emoción negativa puede desempeñar un papel de gran influencia (Echeburua et al citado por Rodriguez Lopez J A et al (2007)

Para concluir se describen las dos hipotesis principales que explican la comorbilidad entre ansiedad y adiccion La primera enuncia que la adiccion y los otros trastornos psiquiatricos son expresiones sintomaticas diferentes a las anomalias neurobiologicas preexistentes similares y la segunda que la administración repetida de drogas a traves de mecanismos de neuroadaptación origina cambios neurobiologicos que tienen elementos comunes con las anomalias que median ciertos trastornos psiquiatricos (Marta 2008)

En el futuro la investigación genetica podra revelar claves que permitan integrar los hallazgos sobre variaciones geneticas identificadas en las adicciones con relación a los procesos neurobiologicos del refuerzo el control conductual y la respuesta a la ansiedad y al estres mecanismos todos ellos implicados con la vulnerabilidad a las adicciones y el proceso de

recuperacion (Ibañez 2008)

#### **1 2 4 NATURALEZA COGNITIVA DE LA ANSIEDAD**

De acuerdo con lo expuesto podemos concluir que todo ser vivo necesita procesar informacion para sobrevivir informacion que proviene no solamente del exterior sino tambien de su interior de su propio cuerpo y de sus propios procesos psicicos En este sentido el sistema nervioso es un organo evolutivo cuya actividad principal es el procesamiento de informacion

Los procesos de significacion motivacion y reaccion se producen en forma automatica no consciente e involuntaria Las acciones y reacciones vitales de supervivencia deben llevar a replicas inmediatas porque toda demora puede resultar fatal

El modelo expuesto resalta la complejidad del procesamiento que en la esfera cognitiva se da simultaneamente con el acto preceptivo permitiendo al sujeto centrarse en los estímulos relevantes de la situacion seleccionando y excluyendo datos para de esta manera optimizar sus reacciones Son estas actividades las que permiten otorgar significado a los hechos y poseen la capacidad de movilizar para la accion

Como las reacciones de temor y ansiedad filogeneticamente heredadas forman parte de los sistemas psicoevolucionarios al servicio de la supervivencia los conceptos de realidad o irrealidad carecen de sentido porque las reacciones defensivas (como la de escape o huida) se producen ante ciertas señales o claves de la situacion sin tener en cuenta si el peligro es real o una falsa alarma De lo contrario podria ser demasiado tarde para reaccionar Esta es la causa de la vivencia de descontrol que acompaña las reacciones de ansiedad y el rotulo de irracional que se

le otorga ya que el sujeto desconoce las causas de su temor o para el observador resultan irreales o desproporcionadas con relacion al estimulo que las desencadena (Chappa 2006)



**CAPITULO II**  
**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

## **2 1 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

### **2 1 1 MODELO DE INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL**

Segun Nezu A M Nezu C M & Lombardo E (2006) dar tratamiento a un grupo resulta en particular benefico para que algunos pacientes mejoren sus habilidades interpersonales ofreciendo algunas oportunidades singulares. Ademas de las interacciones interpersonales la terapia de grupo permite alcanzar el modelaje normalizacion apoyo entre compañeros y reforzamiento de habilidades.

Heimberg Salzman Holt Blendell (1993) citados por Nezu A M Nezu C M & Lombardo E (2006) elaboraron un enfoque de tratamiento para un grupo establecido que combina la exposicion en la sesion y la reestructuracion cognitiva especifica lo que probo ser eficaz tanto a corto como a largo plazo.

### **2 1 2 ASPECTOS ETICOS DEL TRABAJO TERAPEUTICO CON ADICTOS**

Hasta ahora no existe una sola respuesta para el trabajo terapeutico con los adictos ni desde el punto de vista del tratamiento ni tampoco desde la conformacion del equipo profesional. Conocer bien las capacidades y limitaciones de cada nivel y promover el crecimiento para cada uno constituye la llave para el exito de un centro de tratamiento.

¿Que es lo que define a un profesional? Una respuesta seria que una profesion la compone un grupo de personas que comparte un cuerpo de conocimientos un codigo de etica para trabajar y relacionarse de manera justa y decente con los colegas. Para ayudar a los pacientes adictos y a sus familias la guia debe ser el antiguo lema *primum non nocere* (ante

todo no dañar) teniendo cuidado de no lastimar por no actuar

Éticamente el terapeuta tiene la obligación de hacerle el mejor bien al paciente por eso hay que volver a revisar lo que se cree y lo que se hace con la conciencia que el conocimiento jamás es absoluto Siempre debe haber espacio para información y conocimientos distintos para reflexionar y cuestionar lo que se está haciendo a la luz de estos

### **2.1.3 TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL Y ANSIEDAD**

Terapia Cognitiva Conductual bajo este nombre se agrupa un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la terapia de conducta –que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de estos– y la terapia cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas creencias pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de estos con los síntomas y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada incluso con tareas fuera de sesión

Este procedimiento utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar relajación y respiración entrenamiento autogénico reestructuración cognitiva exposición en vivo y diferida detención del pensamiento resolución de problemas y otras

Segun Hofmann & Di Bartolo citados por Goyheneix J (2003) el proceso terapeutico cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad se divide en seis pasos

- 1 *Establecer una buena relacion terapeutica* Es importante que surja una relacion positiva a partir de una relacion colaborativa. Los terapeutas deben ser calidos y honestos. Los pacientes son considerados como expertos en lidiar con sus problemas. El rol del terapeuta al comienzo es muy activo debido a la psicoeducacion que debe hacer.
- 2 *Focalizacion del problema* Es importante fijar objetivos y los medios necesarios que haran falta para alcanzarlos. Es importante en esta etapa evaluar las creencias distorsionadas y el problema principal del paciente. La formulacion clara del problema y del tratamiento tienen lugar en esta etapa.
- 3 *Identificacion de los pensamientos irracionales* Una vez que se reconocen el problema y el objetivo, los pacientes deben concientizarse de sus pensamientos. El auto monitoreo es una forma de lograr esto.
- 4 *Desafiar los pensamientos irracionales* Los pacientes deben tratar sus pensamientos como hipotesis, poniendose en el lugar de observadores en lugar de victimas de su ansiedad. Se desafian estos pensamientos a traves del Metodo Socratico, debatiendo los pros y las contras de una asuncion. Esto se puede hacer usando informacion basada en la experiencia de los sujetos, mostrandoles informacion mas correcta, reevaluando el resultado de una situacion o dandoles la oportunidad de desafiar sus hipotesis a traves de la exposicion. Otra forma de desafiar estos pensamientos es viendo la sobreestimacion de las probabilidades que los pacientes experimenten ante el miedo a lo que pueda suceder. Por lo tanto, es importante identificar la cadena de

pensamientos e imágenes que provocan ansiedad para llegar a los pensamientos catastróficos. Debe llegar a identificarse el peor escenario imaginado y una vez hecho esto evaluar la severidad real de la posible consecuencia. El terapeuta debe comunicar a sus pacientes dos mensajes esenciales: primero, que las consecuencias específicas de lo que temen que suceda es improbable, y segundo, que la ansiedad y sus efectos son de tiempo limitado y manejable. Esto lo deben hacer para cada pensamiento ansioso. Es fundamental que los pacientes comiencen a practicar las técnicas cognitivas conductuales.

- 5 *Poner a prueba la validez*. Una vez que los pensamientos irracionales son identificados y desafiados, los pacientes tienen que poner sus viejas creencias a prueba. Al exponerse a situaciones que les provocan ansiedad, los sujetos tienen la oportunidad de examinar la validez de sus asunciones. En un comienzo, estos ejercicios deben hacerse en el ambiente más controlado y seguro de la terapia; luego, podrán realizarlos fuera de sesión.
- 6 *Sustitución de los pensamientos irracionales por los pensamientos racionales*. Este es uno de los pasos más difíciles de la terapia. Los pacientes deben preguntarse que otras alternativas tienen para interpretar un suceso o como otros lo interpretarían. Los pacientes pueden, a partir de una práctica repetida, pasar de ser víctimas pasivas de la ansiedad a ser observadores activos. Los pensamientos automáticos son resistentes al cambio; esto es normal y esperable.

Craske & Pontillo, citados por Goyhenex, J. (2003), afirman que el blanco más común de las terapias cognitivo conductuales son los juicios, es decir, las distorsiones perceptivas de riesgo y amenaza, y las creencias centrales a las cuales la tendencia de la memoria y de la

atencion estan ligadas La asuncion es que si se cambian estos juicios la atencion y la memoria se van a corregir Para los trastornos de ansiedad los autores señalan que existen tres grandes categorias para cambiar los juicios de riesgo o amenaza Estas categorias son

- 1 Psicoeducacion sobre las tendencias cognitivas y las distorsiones Es fundamental entender como los errores cognitivos son inherentes al estado de ansiedad y como pueden contribuir a una construccion erronea sobre la amenaza generando distres Esto contribuye a una nueva metacognicion de los patrones de ansiedad Dentro de la informacion proporcionada por la psicoeducacion se incluyen los errores comunes en el pensamiento ansioso la explicacion de como las tendencias cognitivas son automaticas lo cual permite entender estados de ansiedad que al paciente le resultan inexplicables Esto le permite observar sus propias tendencias cognitivas y estar mas dispuesto a buscar alternativas de sus juicios
- 2 Identificacion de los propios errores en los juicios Las tendencias atencionales y de expectativas aumentan la frecuencia de la amenaza en el ambiente Por esta razon es importante un adecuado automonitoreo que le permitira al paciente tener una vision mas adecuada de la realidad Con el fin de identificar los propios errores en los juicios que el sujeto hace El paciente puede mantener un registro escrito o no de sus pensamientos automaticos y de sus estados de ansiedad
- 3 Coleccion de datos y busqueda empirica para desafiar los errores y generar juicios mas realistas Una vez identificadas las tendencias cognitivas del sujeto estas se desafian haciendo al paciente actuar como empirista coleccionando todas las evidencias disponibles para evaluar sus juicios en una situacion dada Con la practica las personas aprenden a ser mas conscientes de su proceso de filtro y comienzan a tener en cuenta informacion del ambiente que antes no consideraron por no ser sobresalientemente

amenazante Este analisis logico y empirista se da para examinar el riesgo real que existe la evidencia que fue ignorada los datos historicos sobre el hecho explicaciones alternativas y la exposicion directa a la situacion que provoca ansiedad

## **2 1 4 ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

### **2 1 4 1 Resolucion de problemas**

La terapia de resolucion de problemas ofrece entrenamiento en un modelo sistematico para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes Los modelos contemporaneos de resolucion de problemas identifican dos procesos componentes principales orientacion del problema y estilo de resolucion de problemas

La orientacion del problema es el conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo afectivos que representa las ideas actitudes y reacciones emocionales generales de la persona acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con exito Si es negativa por ejemplo los problemas se ven como amenazas o la capacidad para resolverlos se considera ineficaz Esto genera un efecto negativo y motivacion para la evasion lo que mas tarde opera para inhibir o interrumpir los intentos subsecuentes de resolver problemas

El estilo de resolucion de problemas se refiere a las actividades cognitivo conductuales basicas que emprende la gente cuando intenta afrontar problemas en su vida diaria Se identifican tres estilos en la resolucion de problemas El primero de ellos es la resolucion racional y es un estilo adaptativo que implica la aplicacion sistematica y planeada de diversas

habilidades como definir con precisión el problema establecer metas realistas y generar múltiples opciones para alcanzarlas aplicar un análisis sólido de costos y beneficios para tomar decisiones eficaces respecto a la probabilidad de éxito en las posibles soluciones comprometerse con un plan de solución y llevarlo a cabo y supervisar el resultado para determinar si se requiere mantener la solución del problema para afrontar con eficiencia la situación estresante En cambio hay dos estilos desadaptativos el impulso/descuidado es decir intentos impulsivos apresurados y descuidados de resolver el problema y el evitativo que consiste en evitar los problemas mediante la posposición la pasividad y la excesiva dependencia de los demás

Los objetivos específicos de la terapia son mejorar la orientación positiva disminuir la orientación negativa afinar las habilidades de resolución de problemas disminuir el estilo impulsivo/descuidado y reducir el estilo de evitación Esto se logra mediante una serie de explicaciones didácticas actividades de entrenamiento de habilidades ejercicios de juegos de rol (role play) y asignaciones para la casa Además de procurar la adquisición real de habilidades la terapia de resolución de problemas pretende fomentar la aplicación generalizada de estas habilidades en diversos problemas intrapersonales e interpersonales con el fin de mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla (Nezu A M Nezu C M & Lombardo E 2006)

#### **2.1.4.2 Automonitoreo**

Se enseña a los pacientes a identificar las señales o estímulos que desatan la ansiedad los pensamientos asociados con tales señales y sus reacciones ante ellas Las señales quizá sean internas (pensamientos sensaciones físicas) o externas (sucesos estresantes) El automonitoreo no solo ofrece a los terapeutas más información sobre los síntomas sino también sirve para que los



pacientes conozcan mas de sus preocupaciones. Por ejemplo, como se relaciona la preocupacion con su sentido reducido de tolerancia. Con este conocimiento incrementado disminuye la sensacion de incertidumbre y aumenta la precepcion de control (Nezu A. M., Nezu C. M. & Lombardo E. 2006).

#### **2.1.4.3 Control de estimulo**

Segun Nezu A. M., Nezu C. M. & Lombardo E. (2006), un protocolo de control de estímulos implica hacerlos controlar las circunstancias en las cuales surge la preocupacion, es decir, cuando y como. Se instruye a los pacientes a que reserven un lapso y lugar especificos para inquietarse. Las preocupaciones se retrasan hasta la hora programada, momento en el cual se asigna al paciente la labor de estar intranquilo. La demora de la preocupacion permite que los pacientes se den cuenta de que esta no constituye una estrategia de afrontamiento necesaria para lidiar con su intolerancia a la incertidumbre. Con el control de estímulos, los pacientes a menudo reportan una necesidad menor de preocupacion y una mayor capacidad para evitarla.

#### **2.1.4.4 Entrenamiento de relajacion**

Este planteamiento abarca una amplia variedad de estrategias de manejo de estrés conductual que se dirigen a reducir de manera especifica los sintomas de activacion fisiologica y ansiedad intensas. También pretende sustituir con una nueva respuesta condicionada (relajacion) la respuesta condicionada anterior (ansiedad y temor). Dichas estrategias implican una relajacion muscular progresiva, entrenamiento autogenico y visualizacion, y estan dirigidos de manera especifica a reducir la evitacion negativa (Nezu A. M., Nezu C. M. & Lombardo E. 2006).

## **2 1 4 4 1 Técnica de relajación de Jacobson**

Jacobson descubrió que tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la distensión muscular una persona puede eliminar casi completamente las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. Josep Wolpe adaptó la técnica de Jacobson como elemento de contracondicionamiento y lo redujo a seis sesiones de veinte minutos con dos sesiones de práctica diaria en casa de quince minutos cada una.

La relajación progresiva es un método de carácter fisiológico. Está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso.

El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda con muy poco esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión-distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado. Es un método que potencia un estado corporal más energético, pues favorece intensamente el reposo, permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental, mostrando con claridad cómo liberar uno implicando liberar el otro. Todo el cuerpo percibe una mejora, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento de relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual, aunque continua, poco a poco, pero cada vez más intensos y eficaces. No es un método breve ni sus efectos lo son tampoco.

Jacobson nos enseña a relajar la musculatura voluntaria como medio para alcanzar un estado profundo de calma interior que se produce cuando la tension innecesaria nos abandona. Liberarnos de la tension fisica es el paso previo e imprescindible para experimentar la sensacion de calma voluntaria.

Las zonas en que acumulamos tension son multiples y aprender a relajar los distintos grupos musculares que componen nuestro mapa muscular de tension supone por lo tanto un recorrido por todo nuestro cuerpo aunque en ocasiones no tengamos informacion de la tension que se acumula en algunas zonas no deja de ser un ejercicio interesante y sorprendente al mismo tiempo pues mediante este metodo se logra disminuir los estados de ansiedad generalizados relajar la tension muscular facilitar la conciliacion del sueño. Si estas ansioso/a bajo presion o nervioso/a por la presencia de un examen y no puedes dormir o sientes un estado de tension muscular alto esta tecnica te permitira un autocontrol y un nivel de relajacion elevados.

Este metodo tiene tres fases. La primera fase se denomina de tension relajacion. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de musculos del cuerpo con el fin de aprender a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tension muscular y otro de relajacion muscular. Esto permite el logro de un estado de relajacion muscular que progresivamente se generaliza a todo el cuerpo. Se debe tensionar varios segundos en lapsos de tiempo de entre cinco y diez minutos y luego relajar lentamente. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de musculos comprobando que estos se hayan relajado al maximo. La tercera fase se denomina relajacion mental. Esta fase consiste en pensar en una escena agradable y positiva o en mantener la mente en blanco. Se trata de relajar la mente a la vez que se continua

relajando todo el cuerpo. Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. No se debe tener prisa. Esta técnica se puede repetir varias veces al día.

La posición inicial consiste en cerrar los ojos, sentado en el sillón o acostado en la cama lo más cómodamente posible para que el cuerpo pueda relajarse al máximo y completar cada fase de la siguiente forma:

1ª FASE: Tensión-relajación. Relajación de cara, cuello y hombros en el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

- Frente: Arrugar unos segundos y relajar lentamente.
- Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
- Nariz: Arrugar unos segundos y relajar lentamente.
- Boca: Sonreír ampliamente y relajar lentamente.
- Lengua: Presionar la lengua contra el paladar y relajar lentamente.
- Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes y relajar lentamente.
- Labios: Arrugar como para dar un beso y relajar lentamente.
- Cuello y nuca: Flexionar hacia atrás, volver a la posición inicial; flexionar hacia adelante, volver a la posición inicial lentamente.
- Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, volver a la posición inicial lentamente.

Relajacion de brazos y manos Contraer sin mover primero un brazo y luego el otro con el puño apretado notando la tension en brazos antebrazos y manos Relaja lentamente

Relajacion de piernas Estirar primero una pierna y despues la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tension en piernas trasero muslo rodilla pantorrilla y pie Relaja lentamente

Relajacion de torax abdomen y region lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla)

- Espalda Brazos en cruz y llevar codos hacia atras Notara la tension en la parte inferior de la espalda y los hombros
- Torax Inhalar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones Observar la tension en el pecho Espirar lentamente
- Estomago Tensar estomago relajar lentamente
- Cintura Tensar nalgas y muslos El trasero se eleva de la silla

2ª FASE Repaso Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada Relaja aun mas cada una de ellas

3ª FASE Relajacion mental Finalmente piensa en algo agradable algo que te guste que sea relajante una musica un paisaje u otra cosa o bien deja la mente en blanco (Hernandez J A 2008)

## **2 1 4 4 2 Respiracion profunda y control respiratorio**

La ansiedad a menudo se acompaña de respiracion superficial y rapida misma que origina una reduccion de bioxido de carbono en la sangre lo que genera una sensacion de mareo y aturdimiento. Estos sintomas pueden desencadenar angustia (p ej en pacientes con TA/TAA) o desvanecimiento (p ej en pacientes con fobias a la sangre/inyeccion/daño). El proposito del reentrenamiento de la respiracion es evitar esta hiperventilacion mediante inhalaciones y exhalaciones lentas controladas y relajantes. En palabras llanas no es posible experimentar ansiedad (respirando con rapidez) y estar relajado (respirando con calma) al mismo tiempo. Así el reentrenamiento de la respiracion facilita la respiracion relajante.

Los ejercicios para reentrenar la respiracion combinan su profundidad con su control. La primera se refiere a usar sobre todo el diafragma para lograr aspiraciones lentas y profundas. Cuando se enseña a los pacientes la respiracion diafragmatica el terapeuta modela el procedimiento: una mano se coloca en la parte superior del pecho y la otra sobre el diafragma es decir arriba del ombligo. El terapeuta instruye y demuestra que durante la inhalacion la mano sobre el diafragma se eleva mas que la mano sobre la parte superior del pecho. La inhalacion y la exhalacion son lentas y prolongadas (p ej al contar hasta cinco). Quizá el terapeuta proporcione visualizaciones del diafragma como un balon que se llena de aire con la inhalacion y se vacia con la exhalacion. Se instruye al paciente a continuar respirando de esta manera tranquila durante cinco minutos. Esta tecnica debe practicarse dos veces al dia hasta avanzar a la respiracion profunda sin ayuda de sus manos en un ambiente controlado. Los pacientes tienen que aprender esta tecnica para utilizarla cuando se sientan ansiosos como medio de contrarrestar la ansiedad.

El control respiratorio incorpora la respiración diafragmática a una técnica psicoeducativa más amplia. En primer lugar, los pacientes aprenden por experiencia propia los efectos de la hiperventilación mediante respiraciones rápidas durante dos minutos, tras los cuales se les pide que describan la experiencia (p. ej., emociones, sensaciones físicas, pensamientos de ansiedad). Estos comentarios, moderados con el uso del descubrimiento guiado por parte del terapeuta, permiten a los pacientes apreciar los efectos desadaptativos de la hiperventilación (p. ej., una elevada angustia psicológica). A continuación, se le enseña la respiración diafragmática, que a la larga se aplicará durante situaciones estresantes (Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E., 2006).

### **2.1.4.4.3 Visualización e Imágenes guiadas**

La visualización y las imágenes guiadas son estrategias conductuales de manejo del estrés y reducción de ansiedad que desatan el empleo de la propia imaginación o visión mental. Tales estrategias fomentan sentimientos de relajación al hacer que los individuos elaboren imágenes sedantes y placenteras en la mente. Al proporcionar una inducción que implica diversos estímulos para los cinco sentidos (vista, olfato, tacto, gusto y oído), el terapeuta aumenta la sensación de relajación. Así, por ejemplo, el paciente crea un lugar seguro, relajante y apacible para ir de vacaciones en su mente. Los lugares comunes seguros y relajantes son la playa, una cabaña en el campo o yacer en un velero. El terapeuta ayuda a que el paciente cree una imagen muy vívida con una voz sedante y detalles que guíen e intensifiquen la experiencia sensorial (p. ej., sienta la suave brisa que acaricia su rostro conforme inhala y huele con lentitud el aire, toque las suaves hojas de los piñones en el suelo y escuche los cantos de las aves a la distancia). Quizá el terapeuta grabe estas inducciones y solicite al paciente que las oiga cuando practique la creación de un lugar seguro, a fin de inducir un estado de relajación fuera de las sesiones.

Las visualizaciones tambien sirven para aumentar la motivacion al crear escenas futuras de afrontamiento exitoso con situaciones estresantes o de vivir sin una sintomatologia negativa Tambien se ha demostrado su eficacia para que los pacientes reduzcan su propio dolor (p ej imagine que el dolor se disuelve poco a poco ) o afrontar con mas eficiencia diversos trastornos medicos como el cancer pidiendole al paciente por ejemplo que imagine a unos soldaditos que combaten a las celulas cancerosas (Nezu A M Nezu C M & Lombardo E 2006)

#### **2 1 4 5 Desensibilizacion de autocontrol**

La desensibilizacion de autocontrol de Golfried (1971) conlleva aplicar la relajacion junto con los pensamientos e imagenes propios de la preocupacion Sin embargo a diferencia de la desensibilizacion sistematica tradicional no es necesaria una jerarquia detallada del temor Los pacientes identifican las situaciones y señales fisicas cognitivas conductuales y externas que provocan ansiedad que a su vez se clasifican como leves moderadas o graves Una vez que aprenden la relajacion muscular progresiva se les instruye para que efectuen esta habilidad de manejo del estres cuando imaginen dichas situaciones estresantes Los pacientes alternan la visualizacion de la situacion estresante con la aplicacion de la respuesta de relajacion La desensibilizacion de autocontrol permite la extincion de la ansiedad ademas de ser una forma de practicar las recién adquiridas habilidades adaptativas de afrontamiento (Nezu A M Nezu C M & Lombardo E 2006)

#### **2 1 4 6 Entrenamiento en higiene para dormir**

Segun Nezu A M Nezu C M & Lombardo E (2006) las perturbaciones del sueño se asocian a menudo con el Trastorno de Ansiedad Generalizada y generan dolencias fisicas como rigidez muscular dificultad para concentrarse El entrenamiento conductual en



higiene para dormir ayuda a recuperar el sueño (Leahy Holland 2000) En primer lugar se instruye a los pacientes para que elaboren un programa de sueño regular es decir acostarse y levantarse diariamente a la misma hora incluso los fines de semana En un intento por establecer una correspondencia condicionada entre la cama y el sueño la cama solo se usa para dormir y tener relaciones sexuales no para leer ni ver la televisión Despues se indica al individuo a que no intente dormirse pues esto aumenta la ansiedad y paradójicamente reduce la probabilidad de conciliar el sueño en cambio deben concentrarse en relajarse Es importante limitar la ingestion de liquidos – en particular cafeina y alcohol – antes de acostarse a fin de evitar la urgencia de levantarse al baño Si no se duerme antes de 15 minutos desde que se acosto la recomendacion es que se levante de nuevo En ese momento se pide al individuo que se enfoque en pensamientos automaticos como nunca me voy a dormir y no voy a poder hacer nada mañana y despues enfrentar dichas distorsiones cognitivas Por ultimo se le solicita al paciente a no esperar resultados inmediatos

## **2.1.4.7 Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva es un termino amplio para diversos planteamientos de índole cognitivo que pretenden reducir los pensamientos automaticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos La suposición básica de la que parten estas perspectivas es que los factores cognitivos tales como las ideas actitudes y percepciones influyen en las emociones y el comportamiento de la gente En otras palabras no es un suceso por sí mismo el que determina lo que sienten los individuos sino su percepción de la situación Así la psicopatología –como depresión o ansiedad– es el resultado de las distorsiones en estos factores cognitivos A menudo se describen tres grados de disfunciones cognitivas en los modelos cognitivos los pensamientos automaticos distorsionados o negativos (p.ej. soy aburrido soy un fracaso ) las suposiciones

desadaptativas o principios rectores erroneos (p ej debo tener la aprobacion de todos debo caerles bien a todos ) y los esquemas disfuncionales o conjuntos de ideas basicas (p ej soy un inadapto soy un estúpido )

Si bien existen diversos modelos de reestructuracion cognitiva todos pretenden ayudar a que los pacientes identifiquen estos tipos de patrones de pensamientos negativos comprendan como influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes y cambien esta mentalidad al sustituir las ideas negativas con otras mas adaptativas y saludables

Algunos enfoques se valen de la refutacion directa para desafiar la logica o racionalidad de esta mentalidad mientras que otras lo hacen mediante una relacion colaboradora con el paciente en un intento por explorar mutuamente la solidez de diversas distorsiones cognitivas Otras tecnicas de modificacion cognitiva se basan en examinar la logica de los pensamientos aplicar un analisis de ventajas y desventajas de una idea particular provocar que los individuos pongan a prueba varias suposiciones erroneas la recomposicion positiva y el role playing

## **2.1.4.8 Entrenamiento de habilidades sociales**

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales de comunicacion y relacionales El deficit en las habilidades sociales esta asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptacion como problemas de aislamiento social fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia depresion ansiedad social o problemas de pareja Es un procedimiento ampliamente utilizado y que incide directamente en muchos ambitos de la vida de las personas

En los años 50 surge el EHS como procedimiento ligado a la TCC. Salter sugiere que las personas con problemas de relaciones sociales pueden tener un predominio de procesos inhibitorios que explicarían el déficit de expresión emocional y propone la técnica de role playing permitiéndole al paciente hablar de sí mismo y defender opiniones contrarias entre otras. Wolpe plantea la psicoterapia por inhibición recíproca utilizando por primera vez el término asertividad y la inhibición de la ansiedad en las relaciones interpersonales asertivas. El término asertividad se ha considerado sinónimo de habilidad social pero se ha preferido utilizar este último por ser más amplio.

Según Compas & Gotlib (2012) en las dos décadas pasadas una gran cantidad de publicaciones de investigación psicológica ha demostrado una asociación consistente entre el funcionamiento social problemático y la psicopatología por lo general depresión y ansiedad pero también fobia social y esquizofrenia. Los individuos con estos trastornos indican que tienen menos amigos cercanos y en general redes sociales más pequeñas que las personas que no experimentan niveles elevados de psicopatología. Muchos investigadores han interpretado que estos hallazgos demuestran que la gente con esas formas particulares de psicopatología desarrollan deficiencias en sus habilidades sociales.

## **2.2 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ADICCION**

Del Pozo J. L. & Iraurgi Castillo E. I. (2008) proponen que el tratamiento de los trastornos adictivos requiere un abordaje multidisciplinario donde las intervenciones psicoterapéuticas desempeñan un importante papel.

Una aproximación que ha adquirido gran expansión en el tratamiento de los trastornos

adictivos ha sido la terapia cognitivo conductual (TCC) La asuncion basica de la TCC es el reconocimiento de que existe una relacion reciproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan) su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen) Los origenes de la TCC se hallan en la teoria del aprendizaje tanto en las contribuciones del condicionamiento clasico como operante en la teoria de aprendizaje social cognitivo con aportaciones del aprendizaje observacional la influencia del modelado y el papel de las expectativas cognitivas como determinantes del comportamiento y en la teoria y terapia cognitiva que enfatiza la importancia de los pensamientos los esquemas cognitivos las creencias las actitudes y las atribuciones que influyen en los sentimientos y median la relacion entre antecedentes y comportamiento

**CAPITULO III**  
**METODOLOGIA**

### **3 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Es eficaz una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal para disminuir los niveles de ansiedad relacionados a las adicciones que presenta un grupo de hombres residentes internos del Hogar CREA de Chilibre?

### **3 2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

La ansiedad es un sistema de alerta y activacion ante situaciones consideradas amenazantes y de peligro. Es un fenomeno que se da en todas las personas y que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptacion al medio social, laboral o familiar. Tiene la importante funcion de ponernos en alerta frente a circunstancias amenazantes o preocupantes de manera que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Pero cuando sobrepasa determinados limites, la ansiedad se convierte en un problema de salud que impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, familiares o intelectuales de las personas que la padecen.

Los trastornos de ansiedad son los desajustes mentales mas comunes (CAN PSYCH ASSOC 2006). De acuerdo con la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atencion primaria en el mundo, dentro de la poblacion adulta se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS 2005). Este mismo organismo establece que los trastornos de ansiedad son de los que mas tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad, y alcanzan la prevalencia mas alta entre los 25 y 45 años de edad (Secretaria de Salud Mexico 2010).

Con base en la informacion presentada sabemos que entre los trastornos mentales, la

ansiedad es muy frecuente y suele iniciar en la adolescencia y tener su máxima prevalencia en la etapa mas productiva de la vida laboral social y afectiva. Las personas que la padecen por lo general tardan mucho en buscar atencion o recibir ayuda lo que favorece la cronicidad y la predisposicion a otros problemas como el de la adiccion.

En algunas personas determinadas conductas de consumo tales como el exceso en las comidas, bebidas alcoholicas, tranquilizantes, fumar o el abuso en el uso de otras sustancias pueden disminuir el malestar y reducir la activacion fisiologica producida por la ansiedad. Sin embargo, estas mismas conductas de consumo pueden hacerse cada vez mas necesarias para aliviar los sintomas o incluso para evitar el sindrome de abstinencia hasta convertirse en un cuadro clinico delicado con intensas respuestas de ansiedad. La posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaria como una amenaza que produce mas ansiedad que debe enfrentarse con mas consumo.

Con relacion al tratamiento de los problemas de adiccion se han encontrado interacciones significativas entre el tipo de tratamiento y la clase de paciente. Una de las variables a evaluar para poder diseñar tratamientos mas eficaces concordantes con las características del paciente es la ansiedad (Antonio Cano, Vindel\*, Juan J. Miguel Tobal, Hector Gonzalez e Iciar Iruarrizaga).

Basados en El Informe Mundial sobre las Drogas 2013 en el que se señala la estabilidad en el uso de drogas tradicionales y un crecimiento alarmante de nuevas sustancias psicoactivas y conociendo la relacion existente entre la ansiedad y la adiccion son las razones que le dan fundamento a esta investigacion con la finalidad de ofrecer un aporte para la recuperacion de los pacientes con adicciones.

### **3 3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **3 3 1 Objetivos Generales**

- Ofrecer una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal que disminuya de manera clinica significativa los niveles de ansiedad en sujetos residentes internos en un Hogar CREA
- Evaluar los efectos de la intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal en la disminucion de la ansiedad en sujetos residentes internos en un Hogar CREA

#### **3 3 2 Objetivos Especificos**

- Determinar empiricamente la efectividad de la terapia cognitiva conductual grupal
- Disminuir el nivel de ansiedad que presentan los sujetos residentes internos de un Hogar CREA

### **3 4 HIPOTESIS DE INVESTIGACION**

#### **3 4 1 HIPOTESIS CONCEPTUAL**

Los sujetos residentes internos de un Hogar CREA diagnosticados con adiccion y que presenten un nivel alto de ansiedad a los que se le aplique una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal reportaran disminucion significativa en sus niveles de ansiedad

#### **3 4 2 HIPOTESIS ESTADISTICAS**

Los niveles de ansiedad medidos a traves del cuestionario de ansiedad Estado Rasgo STAI disminuiran de manera significativa al finalizar la intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal a los sujetos residentes internos en el Hogar CREA de Chilibre diagnosticados



con adiccion

$$H_a \mu_d > 0$$

$$H_0 \mu_d \leq 0$$

$H_a$  Los niveles de ansiedad luego de la intervencion seran menores a los presentados antes de la intervencion

$H_0$  Los niveles de ansiedad luego de la intervencion seran iguales o mayores a los presentados antes de la intervencion

### 3.5 DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un estudio pre experimental con un diseño antes y despues con un solo grupo en el que se evaluara la efectividad de una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal en sujetos residentes internos del Hogar CREA de Chilibre

Los estudios explicativos se centran en demostrar por que ocurre un fenomeno y en que condiciones se da este o por que dos o mas variables estan relacionadas (Hernandez Sampieri y otros 1985 p 66) permitiendo evaluar si un tratamiento es efectivo o no y por que se atribuye un cambio principalmente al tratamiento

Un diseño de tipo antes y despues con un solo grupo consiste en observar a los sujetos en algun momento previo al inicio de la condicion experimental (W) y comparar su ejecucion con una observacion similar registrada durante o despues del tratamiento (Y) (Matheson y otros 1985 p 128) A traves de este diseño se podra observar si el tratamiento ocasiono cambios en los sujetos ya que permitira comparar las mediciones antes y despues de dicho tratamiento

# 1 Diseño de antes y despues con un solo grupo El diseño puede representarse así

Grupo    Observacion previa    tratamiento    Observacion posterior

1                      W                      X                      Y

1 = grupo que se va a someter al tratamiento

W = observacion previa del grupo (antes del tratamiento)

X = tratamiento o variable independiente

Y = observacion posterior del grupo (despues del tratamiento)

Este diseño de investigacion presenta las siguientes ventajas

En ausencia de un efecto de tratamiento la diferencia entre las puntuaciones previa y posterior debe ser minima

Por ser los sujetos sus propios controles no hace falta reclutar mas sujetos para formar un grupo control

Es apropiado para los experimentadores que tienen constante acceso a los sujetos para su observacion

No obstante este tipo de diseño tiene algunas limitaciones que conviene señalar

Deja sin controlar un gran numero de variables secundarias de manera que cualquier factor externo que intervenga puede explicar una diferencia observada

Si el tiempo transcurrido entre dos observaciones es de mas de unos cuantos dias los procesos de aprendizaje y maduracion pueden modificar la conducta

Son particularmente susceptibles de contaminacion ambiental

Cabe expresar que a pesar de las limitaciones que nos presenta el diseño de investigación el mismo es útil si los resultados son manejados con cautela y se supervisa personalmente la aplicación del tratamiento. Además se puede conocer a través de los sujetos que participaron en el estudio si el tratamiento fue efectivo o no.

**2 Evaluación de resultados** Para examinar los puntajes obtenidos en la investigación se tiene que realizar una descripción de todas las sesiones y actividades programadas. Luego se analizarán los resultados obtenidos de las evaluaciones pre prueba y post prueba utilizando la prueba T para medias dependientes. Este tipo de diseño de medidas repetidas es ampliamente utilizado ya que mide al mismo individuo antes y después de alguna intervención psicológica.

Se denominan medias dependientes porque las medias de cada grupo de valores dependen entre sí en cuanto pertenecen a la misma persona.

### **3.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **3.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE**

##### **Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual grupal**

La terapia cognitiva conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que hunde sus raíces en la teoría del aprendizaje y se basa en estudios empíricos para obtener información sobre la naturaleza de los trastornos, guiar el desarrollo de nuevas intervenciones y documentar la efectividad de los tratamientos existentes. La TCC no se limita al comportamiento y al intelecto puro. Por el contrario, se ocupa del funcionamiento emocional del paciente e insiste en modificar

las respuestas comportamentales emocionales y cognitivas desadaptativas que caracterizan a cada trastorno individual (Theodore A Stern John B Herman Peter L Slavin 2005 p 69)

La Intervencion Psicoterapeutica es una intervencion grupal elaborada para disminuir la ansiedad en sujetos residentes internos en un Hogar CREA utilizando un abordaje cognitivo conductual que toma como referencia el Enfoque Basado en Problemas de Nezu A M Nezu C M & Lombardo E (2006) La intervencion consta de cuatro metas principales y 10 metas especificas para disminuir la ansiedad distribuidas en doce (12) sesiones de tratamiento cognitivo conductual dos sesiones semanales de una hora de duracion cada una

### **3 6 2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE**

#### **Intervencion Psicoterapeutica**

Se trata de una intervencion psicoterapeutica cognitiva conductual grupal para disminuir la ansiedad relacionada a la adiccion en un grupo de hombres residentes internos del hogar Crea de Chilibre

### **3 6 3 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **Ansiedad**

El termino ansiedad se define como un sentimiento de miedo y apension confuso vago y muy desagradable Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre desamparo y excitacion fisiologica Una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa tensa aprensiva e irritable (Sarason I Sarason B 1996)

### **3 6 4 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **Ansiedad**

Presencia de altas puntuaciones en el cuestionario de ansiedad Estado Rasgo (STAI)

### **3 7 POBLACION Y MUESTRA**

#### **3 7 1 POBLACION**

La poblacion de nuestra investigacion son los dieciseis (16) hombres con trastorno de adiccion residentes internos del hogar Crea de Chilibre

#### **3 7 2 MUESTRA**

La muestra esta integrada por doce (12) residentes internos con trastorno de adiccion que presentan manifestaciones de ansiedad que cumplen con los criterios de inclusion y expresan su acuerdo de participar en el estudio mediante la firma del Consentimiento Informado

#### **3 7 3 CRITERIOS DE INCLUSION**

Ser residente interno en el Hogar CREA de Chilibre durante el transcurso del tratamiento

Ser mayor de edad

Haber tenido altas puntuaciones en el cuestionario de ansiedad Estado–Rasgo (STAI)

Disposicion de participar de la investigacion

Firma de consentimiento informado

### **3 7 4 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Retardo Mental

No consentir su participacion

Pobre motivacion para participar del programa

Expresar el deseo de no continuar el tratamiento psicoterapeutico en cualquiera de sus fases

### **3 8 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE MEDICION**

#### **Entrevista Clinica Psicologica Individual**

La entrevista clinica psicologica tiene tres metas principales recabar informacion acerca del sujeto obtener los datos necesarios para llegar a un diagnostico o para tomar otras decisiones importantes y establecer una relacion con el sujeto que permita una evaluacion e intervencion continua si se requiere (Bruce E Compas Ian H Gotlib 2003)

#### **Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)**

Cuestionario de Autoevaluacion de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) Spielberger Gorsuch y Lushene (1970) adaptacion Española de Seis dedos (1988) evalua el nivel actual de ansiedad y la predisposicion de la persona a responder al stress

El cuestionario consta de 40 items La mitad de los mismos pertenecen a la subescala Estado formada por frases que describen como se siente la persona en ese momento La otra mitad a la subescala Rasgo que identifican como se siente la persona habitualmente

El tiempo de administracion es de 15 minutos y las normas de aplicacion son las

siguientes El paciente contesta la escala de tipo Likert con cuatro alternativas para cada items teniendo en cuenta que 0 = nada 1 = algo 2= bastante 3= mucho La puntuacion para cada escala puede oscilar de 0 30 indicando las puntuaciones mas altas mayores niveles de ansiedad Existen baremos en puntuaciones centiles para adultos y adolescentes

El momento de aplicacion comprende la evaluacion pre tratamiento evaluacion durante el tratamiento evaluacion post tratamiento

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluacion que miden dos conceptos independientes de la ansiedad como estado (E) y como rasgo (R) Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenomenos de la ansiedad en adultos normales (sin alteraciones psiquiatricas) el STAI ha mostrado ser util para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clinicos Los indices de consistencia interna de esta prueba oscilan entre 90 y 93 en la ansiedad estado y entre 84 y 87 en la ansiedad rasgo

### **3 9 MANEJO ESTADISTICO**

Para el analisis y presentacion de los resultados se utilizo la estadistica descriptiva cuadros y graficas

Para probar la hipotesis de investigacion y detectar una disminucion de los niveles de ansiedad se utilizo la prueba T de Student para medias dependientes Se establece un nivel de significacion de alfa 0 05 a una cola por lo tanto tendremos un porcentaje de confianza de 95% y un margen de error de  $\pm 5\%$

### **3 10 METODO DE INTERVENCION**

Tal como se menciona en líneas anteriores La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) fue el método de intervención terapéutico utilizado para la presente investigación. Se realizaron doce (12) sesiones a razón de dos veces por semana de una hora cada una dirigida a mejorar el manejo de la ansiedad. El encuadre utilizado fue la terapia grupal enfocada en el Modelo de Resolución de Problemas.

Según Nezu A. M., Nezu C. M. & Lombardo E. (2006) en general la labor de resolver problemas implica las siguientes actividades:

- Reunir información
- Separar hechos de suposiciones
- Identificar los factores que contribuyen a la situación conflictiva

A continuación presentamos el programa desarrollado sesión por sesión.

#### **SESION 1**

##### **Objetivos**

- 1 Realizar la presentación del terapeuta y los participantes
- 2 Indicar el contenido del programa y aclarar expectativas
- 3 Efectuar la evaluación inicial
- 4 Firmar el consentimiento informado

##### **Materiales**

- Esquema general de las sesiones y fechas de las mismas
- Escala de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger C. D., Gorsuch R. L. & Lushene R. E.



## Contenido

- 1 La sesion inicia con la presentacion del terapeuta y los participantes
- 2 Se informa sobre los aspectos formales de la intervencion
  - Duracion de la intervencion psicoterapeutica N° de sesiones distribucion de las mismas fechas y horario establecido
  - Necesidad de asistencia a todas las sesiones
  - Exigencia de puntualidad
  - Importancia de las tareas
  - Estructura de las sesiones revision de tareas tema nuevo y nuevas tareas
- 3 Informacion sobre el contenido de la intervencion y aclaracion de expectativas
- 4 Aplicacion de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger C D Gorsuch R L & Lushene R E

## **SESION 2**

### Objetivo general

- 1 Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

### Objetivo especifico

- 1 Aplicar la Terapia de Resolucion de Problemas enfocada a la incertidumbre

### Materiales

- Lectura sobre la Incertidumbre
- Pasos para la solucion de problemas

### Contenido

- 1 Se inicia con una lectura en la que se define lo que es la incertidumbre y lo que conlleva

el experimentarla

- 2 Una vez finalizada la lectura se analiza la misma y se procede a presentar los pasos para la solución de problemas que se puede emplear para el manejo de la incertidumbre

### **SESION 3**

#### Objetivo general

- 1 Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

#### Objetivo específico

- 1 Enseñar el Automonitoreo de las señales o estímulos que desatan la ansiedad

#### Materiales

- Listado de las señales que desatan la ansiedad

#### Contenido

- 1 Mediante el automonitoreo se les enseña a los pacientes a identificar las señales o estímulos que desatan la ansiedad los pensamientos asociados con tales señales y sus reacciones a ellas Las señales quizás sean internas (pensamientos sensaciones físicas) o externas (sucesos estresantes) El automonitoreo no solo ofrece a los terapeutas más información sobre los síntomas sino también sirve para que los pacientes conozcan más de sus preocupaciones por ejemplo como se relaciona la preocupación con su sentido reducido de tolerancia Con este conocimiento incrementado disminuye la sensación de incertidumbre y aumenta la percepción de control

### **SESION 4**

#### Objetivo general

- 1 Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

## Objetivo específico

### 1 Controlar estímulos que causan preocupación

#### Contenido

- 1 Mediante la técnica de control de estímulos se les permite a los pacientes controlar las circunstancias en las cuales surge la preocupación es decir cuando y como Se instruye a los pacientes a que reserven un lapso y lugar específicos para inquietarse Con el empleo de esta técnica los pacientes a menudo reportan una necesidad menor de preocupación y una mayor capacidad para evitarla Se aconsejan los siguientes puntos antes de desarrollar un programa de control de estímulos
  - Identificar por medio de la observación los lazos funcionales entre los estímulos antecedentes y las conductas que no se han de incrementar
  - Identificar los estímulos que provocan la conducta inapropiada
  - Eliminar los estímulos para la conducta inapropiada
  - Resaltar más los estímulos para responder de forma apropiada
  - No utilizar en exceso el control del estímulo Cada presentación no reforzada de un estímulo debilitará su poder para provocar respuesta
  - Si un estímulo arbitrario se ha establecido como estímulo discriminativo transformarlo gradualmente en antecedente natural con el fin de fomentar la generalización al ambiente real
  - Entrenar al individuo a tomar las riendas del control por el estímulo de su propia conducta

**SESION 5**

Objetivo general

- 1 Aminorar los sintomas fisicos de la ansiedad

Objetivo especifico

- 1 Entrenar a los pacientes para que se sientan relajados

Materiales

- Tecnica de relajacion de Jacobson
- Respiracion profunda y control respiratorio
- Visualizacion e Imagenes guiadas

**SESION 6**

Objetivo general

- 1 Aminorar los sintomas fisicos de la ansiedad

Objetivo especifico

- 1 Desensibilizar para el autocontrol

Materiales

- Tecnicas de relajacion junto con pensamientos e imagenes propios de la preocupacion No es necesaria una jerarquia detallada del temor

**SESION 7**

Objetivo general

- 1 Aminorar los sintomas fisicos de la ansiedad

Objetivo especifico

- 1 Entrenar en higiene para dormir

## Materiales

### •Listado de recomendaciones para evitar los trastornos del sueño

- ✓ Acostarse y levantarse diario a la misma hora incluso los fines de semana
- ✓ La cama solo debe utilizarse para dormir y tener relaciones sexuales no para leer ni ver television
- ✓ Si tiene problemas para dormir no debe intentar dormirse sino relajarse
- ✓ Es importante limitar la ingestion de liquidos antes de acostarse
- ✓ Si no se duerme antes de los quince minutos desde que se acosto la recomendacion es que se levante En ese momento se debe identificar pensamientos automaticos nunca me voy a dormir
- ✓ Saber que no debe esperar resultados inmediatos
- ✓ Es importante evitar tomar siestas o recostarse durante el dia
- ✓ No vaya a la cama con hambre o sed o despues de comer o beber en demasia El estomago distendido es incomodo el hambre o la sed le impediran conciliar el sueño y la vejiga llena lo puede despertar
- ✓ Evite hacer ejercicio tres horas antes de la hora de dormir pues estara demasiado acelerado y la temperatura corporal no habra descendido lo suficiente
- ✓ Se debe establecer una rutina a realizar poco antes de acostarse que facilite la llegada del sueño como ponerse el pijama leer algo poco importante o lavarse los dientes
- ✓ Vacie la vejiga antes de acostarse para que la necesidad de orinar no lo despierte
- ✓ Escriba sus pendientes no los intente resolver o planear en su cama Pensar en ellos le impedira dormir Escribirlos le permitira recordarlos al dia siguiente para atenderlos

- ✓ Si no logra dormir rápidamente levántese y haga algo relajante Regrese a la cama hasta que este somnoliento
- ✓ Recuerde que una vez en la cama intentar dormir le impedirá conciliar el sueño mejor permita que el sueño lo alcance a usted
- ✓ Sabemos que una mala noche ocasional nos pasa a todos no hay que preocuparse por esto
- ✓ No hay ningún problema si toma ocasionalmente una pastilla para dormir Evite el alcohol cafeína nicotina y drogas

## **SESION 8**

### Objetivo general

- 1 Limitar las ideas disfuncionales

### Objetivo específico

- 1 Reestructurar la conducta cognitiva

### Materiales

- Material para la dinámica del jabón
- Limitar las ideas disfuncionales ya que estas intensifican la ansiedad y los comportamientos ansiosos relacionándose con el consumo de alcohol y otras sustancias

Entre las ideas disfuncionales se cuentan

- ✓ Criterios extremos de perfeccionamiento en el desempeño social ( no debo mostrar ninguna señal de temor )
- ✓ Ideas condicionales de las reacciones de los demás ( si me equivoco a nadie le voy a caer bien )

✓ Ideas negativas acerca del paciente mismo ( soy un fracasado )

- Reestructuración Cognitiva Estas variables cognitivas se clasifican en tres clases

Pensamientos automáticos negativos suposiciones distorsionadas o desadaptativas y autoesquemas disfuncionales

## SESION 9

Objetivo general

- 1 Limitar las ideas disfuncionales

Objetivo específico

- 1 Practicar la Terapia de Resolución de Problemas

Material

- Pasos para la solución de problemas enfocados en las ideas disfuncionales

- ✓ Identificación del problema ¿Que me preocupa?
- ✓ Seleccionar objetivos ¿Que quiero conseguir?
- ✓ Búsqueda y elaboración de alternativas ¿Que puedo hacer?
- ✓ Consideración de las consecuencias ¿Que podría ocurrir?
- ✓ Toma de decisiones ¿Que debo decidir?
- ✓ Puesta en práctica Lo voy a llevar a la práctica
- ✓ Evaluación ¿Cuales han sido los resultados?

## SESION 10

Objetivo general

- 1 Mejorar las habilidades interpersonales

### Objetivo específico

- 1 Potenciar las habilidades sociales

### Materiales

- Taller de Empatía
  - ✓ Tres urnas (pueden ser cajas de zapatos con la tapa perforada)
  - ✓ Una hoja de etiquetas ' Me gustaria superar 'Me arrepiento de Un problema mio es
  - ✓ Tijeras y papel de celofan adhesivo para recortar y adherir etiquetas a las urnas
  - ✓ Papeletas en blanco y boligrafos

Con el taller se busca que los participantes identifiquen algo que les gustaria superar algo de lo que se arrepienten algun problema que tengan Despues se busca desarrollar en los participantes la empatia por medio de las siguientes practicas

- ✓ Saber escuchar lo expresado por los compañeros
- ✓ Hacer amigos al tratar de expresar algo positivo hacia los demas compañeros relacionado con lo expresado
- ✓ Abrirse a los demas expresando como se han sentido al escuchar el refuerzo positivo brindado hacia ellos

## SESION 11

### Objetivo general

- 1 Mejorar las habilidades interpersonales

### Objetivo específico

- 1 Potenciar la eficiencia social



### Materiales

- Listado de situaciones de interaccion social con las que se busca entrenar a los participantes para que generen respuestas asertivas

### SESION 12

#### Objetivo general

- 1 Mejorar las habilidades interpersonales
- 2 Efectuar la evaluacion final (post test)
- 3 Agradecer a los participantes por su cooperacion

### Materiales

- Terapia Listado de situaciones de interaccion social con las que se refuerza el entrenamiento de algunas habilidades interpersonales

Nota en esta sesion se aplico el post test y se dio el agradecimiento por la participacion y cooperacion

### 3.11 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACION

Se trabajo con aquellos residentes internos con trastorno de adiccion que presentan manifestaciones de ansiedad cumplen con los criterios de inclusion y expresan su acuerdo de participar en el estudio. Se realizo una pre prueba se llevo a cabo una Terapia Cognitiva Conductual y despues de la misma se realizo una post prueba para comparar los resultados. Se utilizo estadistica descriptiva organizada en tablas cuadros y graficas para describir las caracteristicas generales de la muestra mediante el programa Microsoft Excel.

El análisis de los resultados de las evaluaciones pre prueba y post prueba se realizó con la prueba t para medias dependientes con la intención de determinar si hubo o no cambio en la variable dependiente (ansiedad). Si  $t$  observada es mayor que el valor crítico de una  $t$  de una cola y un nivel de significación de 0.05 entonces se rechaza Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis de Investigación ( $H_1$ ) obteniendo resultados estadísticamente significativos.

**CAPITULO IV**  
**ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

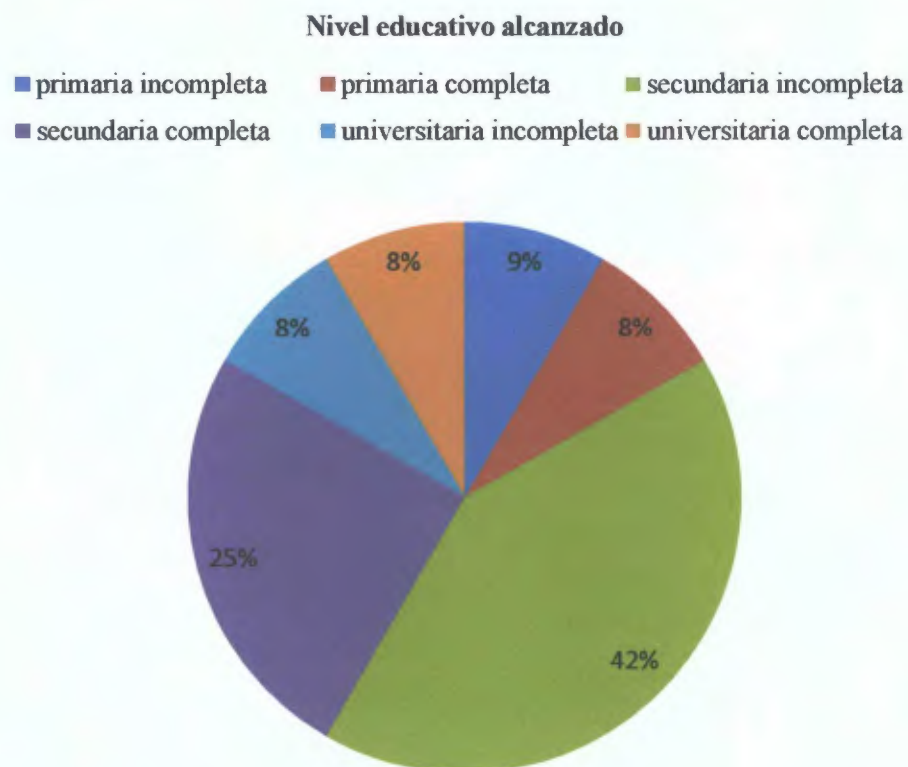
A través de gráficas y cuadros se presentan a continuación los resultados obtenidos en la investigación, seguidos de su interpretación y análisis.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

Cuadro 1. Características generales de la muestra

Sujeto	Edad	Tiene pareja	Nivel de Educación
Lio	41	no	Segundo grado (primaria)
Rom	38	no	Tercer año(secundaria)
Dio	22	si	Primer año (secundaria)
Ang	25	no	Segundo año (secundaria)
Oct	41	si	Quinto año (secundaria)
Jai	30	no	Sexto año (secundaria)
Car	47	no	Segundo año (secundaria)
Edg	34	no	Universitaria completa
Mar	36	si	Sexto año (secundaria)
Ma	52	si	Universitaria incompleta
Gui	26	no	Sexto grado (primaria)
Oli	22	si	Sexto año (secundaria)

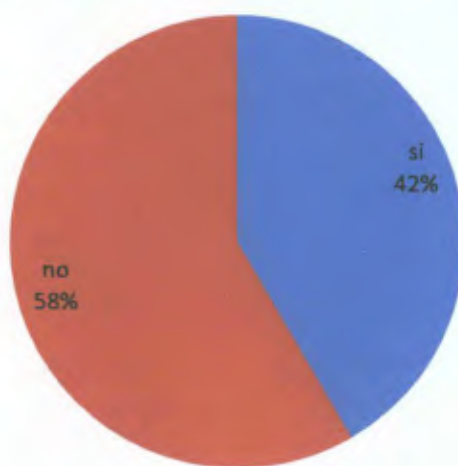
Este cuadro expone las características generales de la muestra conformada en su totalidad por varones. Las personas más jóvenes del grupo tienen 22 años y la mayor 52. La media de edad de la muestra es de 34 años. El 42% de la muestra contaba con una pareja, mientras que el 58%, no. El 9% tiene primaria incompleta, 8% primaria completa, 42% secundaria incompleta, 25% secundaria completa, 8% universitaria incompleta y 8% universitaria completa.

**Gráfica 1. Nivel educativo de la muestra.**

Esta gráfica muestra el nivel educativo de los sujetos de la muestra. Los porcentajes revelan que en su mayoría, los sujetos tienen estudios secundarios incompletos, representando éstos el 42% de la muestra; seguidos por los que tienen secundaria completa con el 25%; primaria incompleta con el 9% y primaria completa, universitaria incompleta, universitaria completa cada una con 8% del total de la muestra.

**Gráfica 2. Porcentaje de sujetos con pareja.**

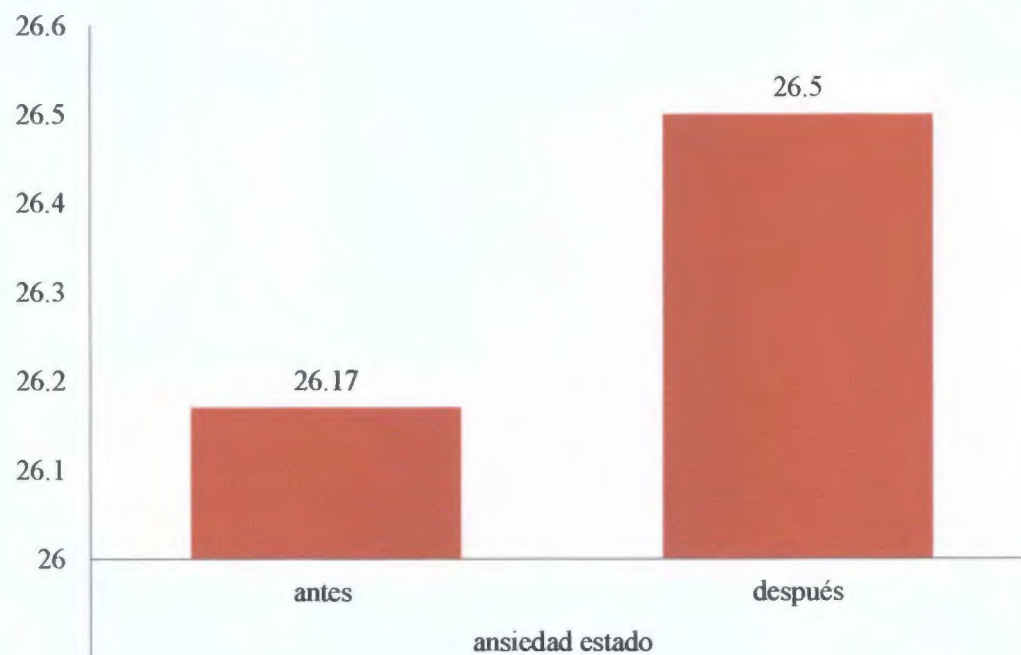
**Cuenta con pareja**



La gráfica 2 muestra el porcentaje de sujetos que cuentan con una pareja. Los porcentajes nos revelan que el 58% de los sujetos no tienen pareja, mientras que el 42%, sí. Vale la pena destacar que de la totalidad (58% de la muestra) de los sujetos que no contaban con pareja, el 71% de los mismos tenía una educación de tercer año (9no grado) o menos.

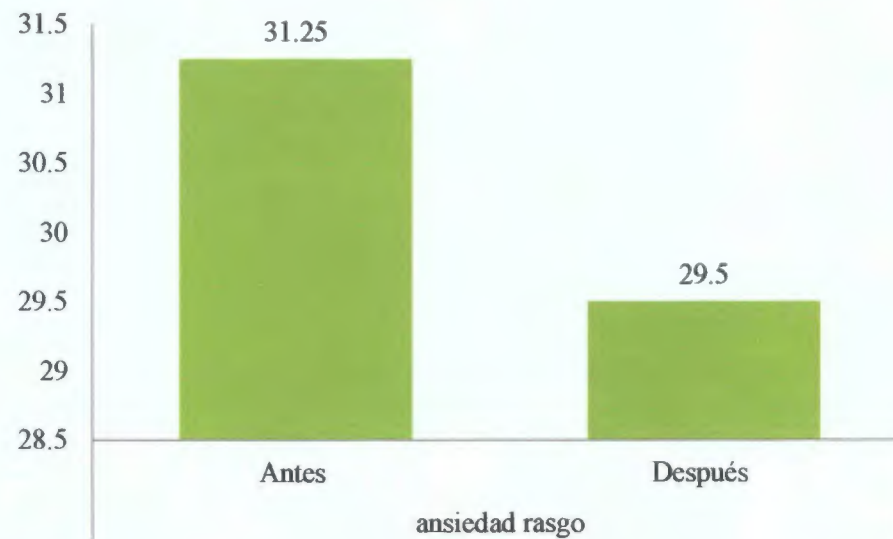
#### 4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI)

**Gráfica 3. Media de la muestra de la escala de ansiedad estado (STAI) en la pre-prueba y la post-prueba**



La gráfica 3 nos muestra la estadística del grupo en la escala de ansiedad estado (STAI). Los promedios nos revelan que en la pre-prueba se obtuvo una media de ansiedad estado de 26.17 y en la post-prueba una media de 26.5.

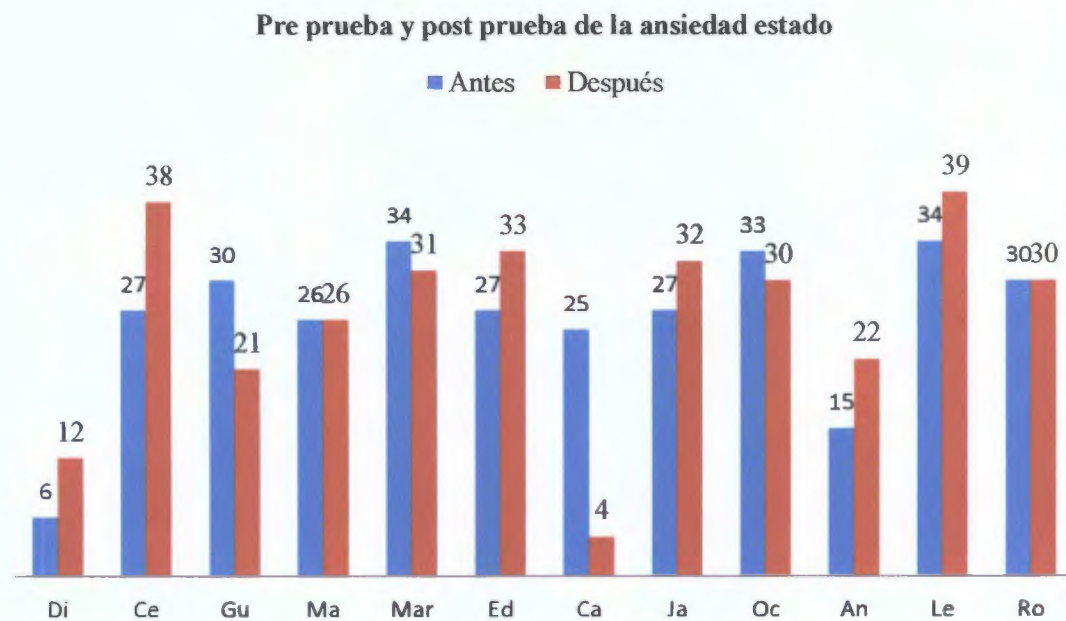
**Gráfica 4. Media de la muestra de la escala de ansiedad rasgo (STAI) en la pre-prueba y la post-prueba**



La gráfica 4 nos muestra la estadística del grupo en la escala de ansiedad rasgo (STAI). Los promedios nos revelan que en la pre-prueba se obtuvo una media de ansiedad estado de 31.25 y en la post-prueba una media de 29.5.

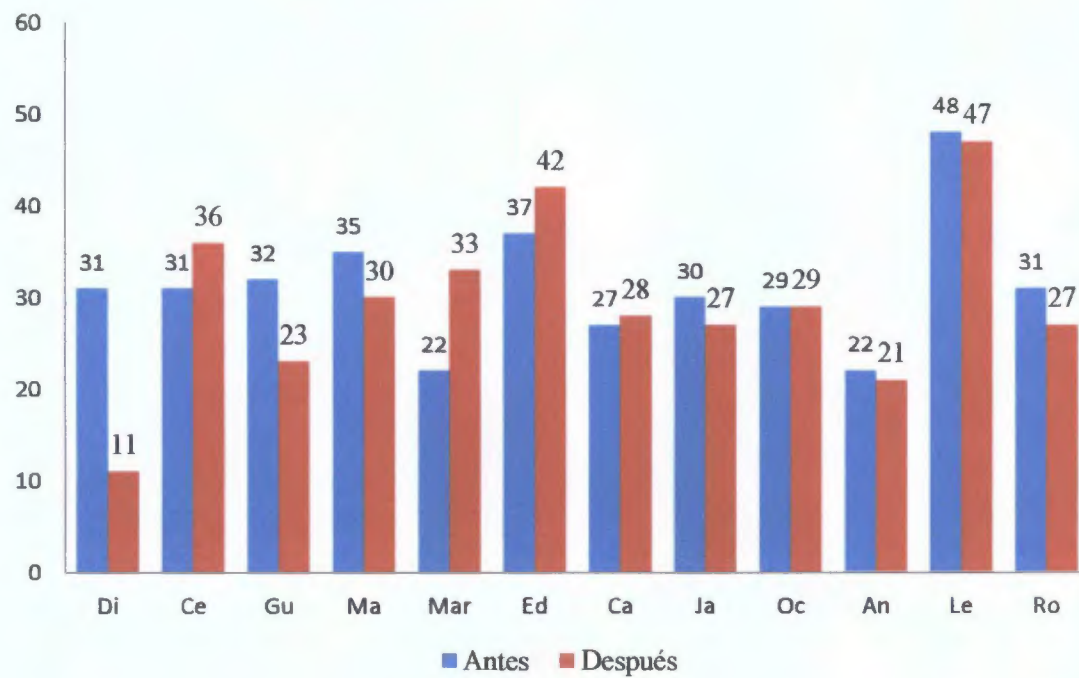


**Gráfica 5. Puntajes directos de la muestra en la escala de ansiedad estado (STAI) en la pre-prueba y la post-prueba**



La gráfica 5 nos presenta los puntajes directos de cada uno de los sujetos de la muestra en la escala de ansiedad estado (STAI) en la pre- y post- prueba.

**Gráfica 6. Puntajes directos de la muestra en la escala de ansiedad rasgo (STAI) en la pre-prueba y la post-prueba**



Esta gráfica presenta los puntajes directos de cada uno de los sujetos de la muestra en la escala de ansiedad rasgo (STAI) en la pre- y post- prueba.

**Cuadro 2 Prueba T para muestras dependientes en la escala de ansiedad estado  
(STAI)**

<b>Media pre prueba</b>	26 17
<b>Media post prueba</b>	26 5
<b>M = 4/12 =</b>	0 33
<b><math>\mu = 0</math> (tomado como base comparativa de ausencia de cambio)</b>	
<b><math>S^2 = SC/gl = 992/(12-1) =</math></b>	90 18
<b><math>S^2_M = S^2/N = 90 18/12 =</math></b>	7 515
<b><math>S_M = \sqrt{S^2_M} = \sqrt{7 515} =</math></b>	2 74
<b>t necesario para el nivel de 5%, con gl = 11 y prueba de una cola =</b>	1 796
<b><math>t = (M - \mu) / S_M = (0 33 - 0) / 2 74 =</math></b>	0 1204

Se trabaja con una prueba de una cola porque había una base razonable para predecir la dirección de la diferencia utilizando un **nivel de significación del 5%**, con **11 grados de libertad** la tabla para la distribución t indica que es necesario un **punto t de corte de al menos 1 796 para rechazar la hipótesis nula**

La diferencia media de la muestra que es igual a 0 33 se ubica 0 1204 desvíos estándar (de 2 74) por encima de la media de la distribución de medias que es igual a 0

El valor t de **0 1204** correspondiente a la muestra de diferencias es menos extremo que el punto de corte t de **1 796** Por lo tanto no se rechaza hipótesis nula

El resultado sugiere, que una intervención psicoterapéutica Cognitiva Conductual como la utilizada, no disminuye el nivel de ansiedad (estado) en un grupo de residentes internos del hogar CREA de Chilibre con trastorno de adicción y ansiedad clínicamente significativa.

Cuadro 3. Prueba T para muestras dependientes, en la escala de ansiedad rasgo (STAI).

Media pre prueba	31.25
Media post prueba	29.5
M= -21/12=	-1.75
μ= 0 (tomado como base comparativa de ausencia de cambio)	
S <sup>2</sup> = SC/gl= 5115/(12-1)=	465
S <sup>2</sup> <sub>M</sub> = S <sup>2</sup> /N = 465/12=	38.75
S <sub>M</sub> = √S <sup>2</sup> <sub>M</sub> = √38.75 =	6.225
t necesario para el nivel de 5%, con gl= 11 y prueba de una cola=	1.796
t = (M - μ)/ S <sub>M</sub> = (-1.75 – 0)/ 6.225 =	-0.2811

Se trabaja con una prueba de una cola porque había una base razonable para predecir la dirección de la diferencia, utilizando un nivel de significación del 5%, con 11 grados de libertad, la tabla para la distribución t indica que es necesario un punto t de corte de al menos 1.796 para rechazar la hipótesis nula.

La diferencia media de la muestra, que es igual a -1.75, se ubica -0.2811 desvíos estándar

(de 6 225) por encima de la media de la distribución de medias que es igual a 0

El valor  $t$  de **0 2811** correspondiente a la muestra de diferencias es menos extremo que el punto de corte  $t$  de **1 796** Por lo tanto no se rechaza hipótesis nula

**El resultado sugiere que una intervención terapéutica cognitiva conductual como la utilizada, no disminuye el nivel de ansiedad (rasgo) en un grupo de residentes internos del hogar CREA de Chilibre con trastorno de adicción y ansiedad clínicamente significativa**

### 4.3 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La muestra estaba conformada por hombres que en su mayoría no tenían pareja poseían secundaria incompleta y contaban con una media de edad de 34 años. Es importante resaltar que la mayoría de los sujetos que no contaban con pareja no alcanzaban un nivel educativo superior al 9° grado, esto los coloca en una situación vulnerable por su falta de apoyo emocional y escasas oportunidades laborales que disminuyen los recursos de afrontamiento.

Es evidente que en la muestra se refleja una falta de recursos y competencias sociales que lleva a los individuos a sentirse en desventaja y por ello no creen tener la capacidad para adquirir las responsabilidades que van acorde a su edad. En general se espera que una población como la estudiada haya podido establecer una relación satisfactoria de pareja, haya conformado un hogar y culminado por lo menos sus estudios secundarios.

Aunado a lo anterior, la enfermedad de la adicción genera en el pensamiento del individuo desesperanza y una sensación de falta de control, incrementando con esto el rechazo hacia los compromisos por el temor de fallarles o hacerles daño a otros, así como se fallan y hacen daño a ellos mismos.

Los niveles de ansiedad estado sufrieron un incremento entre la pre prueba y la post prueba, mientras que la ansiedad rasgo sufrió una disminución, no obstante, la misma no fue estadísticamente significativa. Esta diferencia pudiera explicarse por alguna variable extraña que ejerció influencia sobre los resultados al final del tratamiento.

Además de las variables extrañas que en el caso de las adicciones son múltiples, esta

variación en la puntuación puede explicarse por el poco tiempo transcurrido entre sesión y sesión al limitar la práctica de las tareas y construcción de otros modelos de afrontamiento frente a las presiones cotidianas de internamiento

Lo crucial de estos resultados es la variación existente entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo toda vez que la ansiedad estado refleja una ansiedad que es producto de un acontecimiento generador de ansiedad mientras que la ansiedad rasgo es constante y forma parte de las características de un individuo. Esto nos lleva a pensar que al momento de la post prueba la muestra estuvo expuesta a algún tipo de suceso que influyó en el incremento de los niveles de la ansiedad estado. Si esto fuese cierto el mismo suceso pudo haber influido también en los niveles de ansiedad rasgo e incrementar sus valores hasta alcanzar un nivel de no significancia estadística.

## CONCLUSIONES



Una vez finalizada esta investigacion es importante destacar algunos puntos que se desprenden como conclusiones de la misma

- 1 La carencia investigativa en Panama en cuanto al tema tratado por lo que se hace necesario que surjan investigaciones en las que se ponga a prueba la hipotesis de la influencia reciproca entre ansiedad y consumo de sustancias la cual se explica bajo los mecanismos del condicionamiento clasico y condicionamiento operante
- 2 Son muchos los estudios que sustentan la utilidad de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de la ansiedad Sin embargo la intervencion cognitiva conductual utilizada en este estudio no incidio de manera significativa en los niveles de ansiedad estado ni en los niveles de ansiedad rasgo de la poblacion evaluada Significa entonces que en el estudio existieron una serie de variables no contempladas a las que se les puede atribuir dichos resultados y que a continuacion se detallan
  - La no utilizacion de una intervencion terapeutica cognitiva conductual validada para el tratamiento de la ansiedad
  - El poco tiempo transcurrido entre cada sesion terapeutica lo cual limitaba la puesta en practica de las tareas y lo aprendido en cada una de las sesiones Ya que para poder obtener una retroalimentacion en la siguiente sesion era necesario que cada uno de los sujetos utilizara las tecnicas aprendidas
- 3 En la entrevista Clinica se detectaron indicadores comunes en la mayoria de los residentes internos a saber

- No contar con una pareja estable
  - No poseer un nivel educativo superior a noveno grado
  - Pensamientos de no haber estado haciendo las cosas bien en su vida
  - Estar consciente de la posibilidad de cambio bajo el tratamiento recibido en Hogares CREA al identificar las fortalezas de las terapias ofrecidas y el desarrollo espiritual que pretenden alcanzar
- 4 Se debió utilizar más de un test para medir los niveles de ansiedad pues de esta manera se hubieran podido contrastar los resultados obtenidos con el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)
  - 5 El estudio resultó vulnerable en cuanto a la posibilidad de control y validez interna debido al número limitado de participantes que obligó a utilizar un diseño de pre prueba y post prueba con un solo grupo no resultando el mismo conveniente para establecer causalidad. Por otro lado no había la certeza de que el grupo no fuera atípico o que en el momento del estudio se encontrara en su estado normal
  - 6 A pesar de que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en ambas escalas de ansiedad en la escala de ansiedad rasgo hubo una disminución que pudo constatar en las puntuaciones obtenidas y en la entrevista clínica realizada pues los sujetos expresaban en general sentirse menos ansiosos lo que pudiera dar indicadores de que con este modelo se obtuviese resultados satisfactorios si se controlan algunas variables extrañas encontradas
  - 7 Se debe utilizar instrumentos que permitan evaluar la influencia de las variables extrañas que afectan los resultados

**RECOMENDACIONES**

- Utilizar un modelo terapeutico cognitivo conductual validado para reducir los niveles de ansiedad
- Aplicar mas de un test para medir los indices de ansiedad y contrastar los puntajes obtenidos con el Cuestionario de Autoevaluacion de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)
- Espaciar mas las sesiones para que los participantes puedan reafirmar lo aprendido en las mismas
- Emplear controles para reducir la influencia de los factores o variables extrañas
- Utilizar los resultados de este estudio con precaucion y solo deben ser tomados en cuenta como un estudio exploratorio sobre la problematica ya que el diseño utilizado no resulta conveniente para fines de establecer causalidad
- Realizar un estudio con diseño con pre prueba post prueba y grupo control para controlar todas las fuentes de invalidacion interna que no se pudieron examinar en este estudio

**BIBLIOGRAFIA**

- Becoña E Cortes M Arias F Barreiro C Berdullas J Iraurgi I & Villanueva V (2011) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* Barcelona Socidrogalcohol
- Becoña E y Cortes M (2011) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación* Barcelona España
- Bolotner N S Horcajadas F A Astudillo P V Vich F B Perez B M Villamor I B & Calvo F P (2011) *Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid* Adicciones 23(3) 249 255
- Bomyea J Lang A J Craske M G Chavira D & Sherbourne C D (2015) *Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad* RET revista de toxicomanías (74) 13 21
- Bustos O E A (2012) *Algunos factores relacionados con las adicciones* Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 17(2) 69 70
- Chappa H J (2006) *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico* Buenos Aires Paidós
- Compas B E & Gotlib I H (2012) *Introducción a la Psicología Clínica Ciencia y Práctica* MEXICO Mc Graw Hill Interamericana S L
- De Psiquiatría A A (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* Medica Panamericana
- Del Pozo J L & Iraurgi Castillo E I (2008) *Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína* Trastornos adictivos 10(4) 252 274
- Flores E A (2003) *Vulnerabilidad a la drogadicción* Adicciones Revista de socidrogalcohol 15(3) 187 190

- Fundacion Manantiales (2015) *Abordaje de las adicciones Familia* Disponible en [http //www manantiales org/abordajes\\_de\\_las\\_adicciones\\_familia php](http://www.manantiales.org/abordajes_de_las_adicciones_familia.php)
- Garcia Cabeza I Epifanio Gutierrez M M Medina O Vidal J & Arango C (2008) Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patologia mental grave *Trastornos adictivos* 10(1) 32 41
- Goyheneix J (2003) *Tratamiento cognitivo y conductual para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*
- Gomez B G (2007) Neurofisiologia de la ansiedad versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo *Informes Psicologicos* 9 101 – 119
- Harakeh Z & Vollebergh W A (2012) Young adult smoking in peer groups an experimental observational study *Nicotine & tobacco research* nts183
- Harakeh Z & Vollebergh W A (2013) The impact of active and passive peer influence on young adult smoking An experimental study *Drug and alcohol dependence* 121(3) 220 223
- Hernandez J A (2008) *Programa auto aplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes* Universidad de Almeria Departamento de Psicologia Evolutiva y de la Educacion
- Ibañez Cuadrado A (2008) Genetica de las adicciones *Adicciones* 20(2)
- Kort E *Aspectos Eticos y de Formacion del Terapeuta en Adicciones*
- Kort Elke (1998) Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas *Revista de Trabajo Social* 22 52 57 Universidad Nacional Autonoma de Mexico (UNAM) Mexico

- Laespada T Iraurgi I y Arostegi E (2004) *Factores de Riesgo y de Proteccion frente al Consumo de Drogas Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jovenes de la CAPV* Bilbao España Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto)
- Larrosa S L & Palomo J L R A (2012) Factores de riesgo y de proteccion en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jovenes españoles *International journal of psychological research* 5(1) 25 33
- Lopez Larrosa Silvia Rodriguez Arias Palomo Luis (2010) *Factores de riesgo y de proteccion en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias segun edad y sexo* Psicothema Sin mes 568 573
- Luna M B & Delgado J L (2006) Trastornos duales Mecanismos etiopatogenicos *Trastornos adictivos* 8(3) 176 181
- Mangado E O Trastornos de ansiedad y cannabis ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS CASOS CLINICOS 65
- Martinez A O R Cera M I H Arevalo P J D J M & Santillan M D L V *Funcionamiento Familiar de Consumidores de Sustancias Adictivas con y sin Conducta Delictiva* Family Functioning of Consumers of Addictive Sustances with and without Criminal Behavior
- Marschall S Castellanos N Vitaro F & Seguin Jean (2014) Moderators of the association between peer and target adolescent substance use *Addictive Behaviors* 39(1) 48 70
- Marta T M (2008) Dual diagnosis *Adicciones* 20(4) Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1609140731?accountid=31916>



- Mielgo Lopez S Lorigados Serrano D Calleja Fernandez A y Cachero Rodriguez P A (2012) Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas *Psicologia de las Adicciones Vol 1* pp 7 11
- Miquel L Roncero C Lopez Ortiz C & Casas M (2010) Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in dual diagnosis patients *Adicciones* 23(2) 165 172
- Moral M V Sirvent C Blanco P Rivas C Quintana L & Campomanes G (2011) *Depresion y adiccion* Psiquiatria com 15
- Mustaca A E & Kamenetzky G V (2006) Alcoholismo y ansiedad Modelos animales *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 6(3) 343 364 Retrieved from  
<https://search.proquest.com/docview/222751849?accountid=31916>
- NationalInstituteonDrug Abuse (2014) Las Drogas el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adiccion Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion-abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Nezu A M Nezu C M & Lombardo E (2006) *Formulacion de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales un enfoque basado en problemas* Manual Moderno
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017) *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (num de venta S 17 XI 6) Recuperado de [https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf/](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf/)
- Saiz P M Jimenez L T Diaz E M Garcia Portilla M G Marina P G Al Halabi S & Ruiz P (2014) Dual diagnosis in anxiety disorders pharmacologic treatment recommendations *Adicciones* 26(3) 254 274
- Reyes Ticas J A (2010) *Trastornos de ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento*

## Trastornos de ansiedad

- Rivas B I L Moreno J A C Guerra E C &Diago Z (2013) Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados Comorbidity between the dependence to alcohol and the anxiety disorders on admitted male patients during the period January 2011 to 2013 *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana* 12(1 2015)
- Rodriguez Lopez J A Gonzalez Ordi H Cano Vindel A &Iruarrizaga Diez I (2007) *Ansiedad y Estrés*
- Ruiz Candina H Herrera Batista A Martinez Betancourt A & SupervielleMezquida M (2014) Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas* 33(4) 414 421
- Saul Mielgo Lopez Daniel Lorigados Serrano Alba Calleja Fernandez y Pedro Antonio Cachero Rodriguez (2012) Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas *Psicología de las Adicciones* 7 11
- SarrabloLascorz R & Fernandez del Rio E *Adicciones y familia un estudio descriptivo en el Centro Municipal de Atencion y Prevencion de las Adicciones de la ciudad de Zaragoza*
- Vanegas M A Z (2009) La Familia soporte para la recuperacion de la adiccion a las drogas *Revista CES Psicología* 2(2) 6
- World Health Organization (1994) Glosario de terminos de alcohol y drogas
- Zayfert C Becker C B Bellono L D G & Fuentes S V (2008) *Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno por estrés posttraumático* Manual Moderno

**ANEXOS**

## **1 HOGARES CREA**

Hogares C R E A es una institucion sin fines de lucro que se dedica a brindar prevencion a la comunidad en general y tratamiento a aquellas personas que han caido en el uso de las drogas

Se establece como una comunidad de Reeduccion y Crecimiento del Caracter Su filosofia se basa en el principio existencial de responsabilidad individual y colectiva ayuda mutua y esfuerzo personal Su comunidad le ofrece al individuo las herramientas necesarias para cambiar

### **1 1 SIGNIFICADO DEL NOMBRE CREA**

Las siglas C R E A quieren decir Comunidad de Re Educacion de Adictos Hogar significa hoguera e implica calor por lo que es un sitio donde se percibe calor humano donde permanece el cariño el respeto la obediencia el sacrificio de los unos por los otros Se busca que en ese hogar la persona tenga la oportunidad de crecer social y emocionalmente y aprenda a desarrollar un caracter sano que lo lleve a obtener su reeducacion CREA tambien significa crear construir formar dar nueva vida Su movimiento CREA nuevos seres humanos quienes seran miembros utiles en la sociedad En CREA el/la residente renace creando nuevas actitudes habitos modales y cualidades

### **1 2 HISTORIA DE CREA**

Tiene sus inicios en Puerto Rico como una respuesta a un alarmante crecimiento del problema de consumo y adiccion a las drogas en la isla

En el año 1968 el pueblo de Puerto Rico muestra interes por cooperar en la lucha que requeria atencion inmediata Comienza entonces el movimiento comunal CREA liderado por Juan Jose Garcia Rios Conocido como Chejuan

Los comienzos de CREA se dan en el pueblo de Trujillo Alto El primer grupo de jovenes fue iniciado en un pequeño local en el barrio Saint Just de Trujillo el cual fue cedido por el entonces alcalde Sr Bertu Zayas

CREA nace con la finalidad de brindar tratamiento a personas adictas a las drogas con la cooperacion y el respaldo de la comunidad

Bajo la inspiracion de Chejuan y su liderato la organizacion crece y se desarrolla a nivel internacional

Hogar CREA Internacional es una organizacion constituida e incorporada en el departamento de Estado Libre Asociado de Puerto Rico el dia 20 de junio de 1983

El trabajo de hogares CREA ha alcanzado ya diferentes paises en toda la America Latina y Estados Unidos

En Panama fue constituida el 7 de junio de 1985 gracias a las gestiones realizadas por el Licdo Ramon Velasquez de quien nacio la idea de traer Hogares CREA al pais y a la Primera dama de entonces Licda Maria Consuelo Rivera de Ardito Barleta quien facilito y dio la acogida

a los Hogares CREA en Panama

### **1 3 MISION DE CREA**

Hogar CREA es una entidad sin fines de lucro dedicada a ofrecer servicios de prevencion y tratamiento a adictos a drogas voluntarios y con presion legal de ambos sexos adultos y niños madres con sus hijos deambulantes y adictos con la condicion de VIH

El modelo de tratamiento psicosocial–espiritual enmarcado en una comunidad terapeutica esta dirigido hacia el desarrollo de un caracter sano Esta organizacion de alto sentido humanitario y de profunda labor cristiana fue fundada por Dios utilizando a Juan Jose Garcia Rios como instrumento suyo para mitigar el dolor humano y ser luz en el camino de oscuridad que vive nuestra sociedad

Por tal razon todos los que forman parte de esta organizacion guiada por Dios como lo son Reeducados empleados miembros cooperadores familiares y otros deben entender e internalizar que deben ser ejemplo y que todos sus esfuerzos deben ir encaminados a cumplir cabalmente con la mas importante mision de su movimiento Servir

### **1 4 OBJETIVOS DE HOGARES CREA**

Que se acepte al adicto como una persona inmadura que no se ha podido adaptar a las normas de esta sociedad

- Que hay que reeducarlo en una forma integral para que logre desarrollar sus principios religiosos valores morales y el reconocimiento de los mismos para su mejor conducta
- Que la comunidad acepte el problema y ayude a resolverlo ya que este es un mal social

que se desprende de los hogares y de la misma comunidad

- Que reconozcan que si hay delincuencia juvenil hay tambien delincuencia paternal y adulta en general
- Se han propuesto con la ayuda de Dios de la comunidad y de ellos mismos establecer todos los hogares CREA que sean necesarios que toda la comunidad y los municipios cooperen y auspicien el programa sintiendose parte de un todo

### **1 5 DURACION DELTRATAMIENTO**

El tratamiento tiene una duracion minima de 20 meses y el resultado estara sujeto a que haya un alto grado de honestidad y sinceridad en su proceso de tratamiento

### **1 6 COMO INGRESAR A TRATAMIENTO**

- Aceptando su condicion de adicto
- Tener deseo voluntario de cambiar
- Aceptando que necesita ayuda y que no puede salir de las drogas por sus propios medios
- Asistir puntualmente a un minimo de 15 sesiones de orientacion en la Oficina de Contacto
- Cumplir con todas las normas y requisitos exigidos para el ingreso a tratamiento interno

### **1 7 PARTICULARIDAD DEL TRATAMIENTO C R E A**

- Principio Existencial El individuo es responsable de su existencia
- El tratamiento es ofrecido por ex adictos asesorados por reeducados y personal profesional
- Participacion activa del residente

- Concepto de familia extendida y de Hogar que prevalece
- Concepto de Reeduccion
- Participacion comunitaria en el tratamiento Comité Timon Comité de Familiares y Colaboradores

En entrevista realizada al Licenciado Luis Ortiz Psicologo de C R E A el mismo expresa que el tratamiento ofrecido por esta entidad no brinda de forma directa una terapia especifica para el manejo de la ansiedad sino que la misma se maneja de forma indirecta en cada una de las fases del tratamiento Esta condicion ofrece relevancia a este estudio puesto que proveeria al profesional de la Psicologia de Hogares CREA una herramienta especifica para el tratamiento de la Ansiedad relacionada con la adiccion

## 1 8 FASES DE TRATAMIENTO C R E A

El tratamiento en Hogar C R E A esta estructurado en fases o pasos ascendentes que retan al adicto a ir superandose y escalando la cima que lo conduzcan a la reeducacion de la siguiente forma

- **Fase (1) Induccion** Se define este termino como la accion de instigar incitar estimular a una persona para que haga algo En el proceso de tratamiento esto implica que el adicto se prepare para que este receptivo para aceptar la ayuda que se le ofrece Esta fase consta de tres etapas Oficina de Contacto Sala de Desintoxicacion y Compromiso Existencial
- **Fase (2) Introspeccion, Identificacion y crecimiento** Esta fase se divide en tres etapas que se llaman Grupos que van en orden descendentes Grupo IV III – II – I En esta el



residente ha hecho un compromiso de someterse al tratamiento. Ha sido inducido por el Equipo Terapéutico a permanecer en el Hogar y aprovechar la oportunidad que se le ofrece para cambiar de vida por una más útil. En esta el residente identifica sus problemas y busca soluciones para cambiar y reestructurar su carácter. Mientras más genuina sea su introspección mayor efectividad habrá en su cambio.

- **Fase (3) Crecimiento Intensivo** Esta fase consta de 5 etapas llamadas Niveles y van en orden ascendente de 1° al 5° nivel. El residente (nivel) lleva a la práctica todo lo aprendido en etapas anteriores lo cual le da la oportunidad de cimentar dicho aprendizaje al transmitirlo a los residentes a los cuales brinda su ayuda.
- **Fase (4) Seguimiento** Luego de cumplir con los requisitos de las etapas anteriores el residente recibe su Primer Certificado y puede reintegrarse a la comunidad. Este debe recibir un total de 5 certificados de los cuales se entregará 1 anualmente según sea su funcionamiento en la comunidad y su cumplimiento al Programa de Seguimiento. En esta fase puede utilizar todos los servicios que ofrece el programa.

#### **Lectura La Incertidumbre (utilizada en la sesión 2)**

La incertidumbre es la falta de seguridad o certeza sobre algo. Vivir con incertidumbre significa no saber lo que va a ser de ti si van a cambiar las cosas si lograras aquello que deseas y que es tan importante para ti cuando se solucionaran tus problemas o que hacer en una determinada circunstancia.

La incertidumbre es estresante en sí misma y en algunos casos puede acabar generando problemas de ansiedad, depresión o insomnio.

La incertidumbre significa que tu futuro es incierto es una gran duda que invade tu vida y tu mente Cuando no sabes que va a pasar con tu vida resulta difícil tomar decisiones o dilucidar que camino seguir de manera que puedes sentirte como si estuvieras atrapado en un cruce de caminos sin un solo letrero que te indique hacia donde dirigirte

La primera reacción frente a la incertidumbre puede ser de ansiedad y agitación Tal vez no sabes que hacer pero aun así necesitas hacer algo y comienzas a dar palos de ciego que no te llevan a ninguna parte y puede que incluso empeoren las cosas

¿Que hacer? El único modo de vivir con incertidumbre consiste en aceptarla Cuando de repente te quedas inmóvil sin hacer nada porque no hay nada que puedas hacer significa que has empezado a aceptar tu realidad Pero no debes dejar que la aceptación se convierta en resignación La aceptación significa reconocer la situación de incertidumbre en que te encuentras reconocer que es dura que es estresante darte cuenta de lo que sientes reconocer que necesitas ayuda si es que la necesitas reconocer que no tienes ahora las respuestas los medios los recursos que ahora no puedes hacer nada y que no sabes que hacer significa ver la verdad tal como es

Tras esa aceptación puedes hacer dos cosas una la menos aconsejable consiste en resignarte pensar que no puedes hacer nada y que jamás podrás y hundirse en la depresión y la apatía Y la otra consiste en esperar

Estas en una encrucijada y no sabes que camino tomar No empiezas a correr a lo loco en

cualquier direccion ansiosa e impulsivamente pero tampoco te tumbas en el suelo y cierras los ojos resignado. Simplemente te sientas a esperar. En esa espera sigues haciendo tu vida con normalidad: procuras alimentarte bien, hacer deporte, estar con personas que te hagan sentir bien. No has olvidado tu situacion ni estas fingiendo que no pasa nada, solo estas esperando, dejando que tu vida fluya siguiendo su curso natural, que las circunstancias se vayan desplegando por si solas sin forzarlas. Esperas y observas. De vez en cuando piensas en tu situacion, buscas ideas, respuestas, pero no les das demasiadas vueltas, tan solo te haces algunas preguntas y dejas que tu inconsciente se ocupe de buscar respuestas, mientras tu esperas con paciencia, fluyendo con tu vida.

Poco a poco, tu mente se va despejando, las ideas van surgiendo, las dudas empiezan a aclararse, vas encontrando respuestas y empiezas a ver el camino con mayor claridad. La incertidumbre empieza a disiparse. Y lo mas importante que has hecho para no dejarte hundir por la situacion ha consistido en aceptarla y esperar con paciencia. Y es que a veces la solucion esta simplemente en la actitud que decidas adoptar. Y es esa actitud, no las grandes ideas o los golpes de suerte, la que al final te saca del atolladero.

### **Pasos para la solucion de problemas (Sesion 2)**

1 Definir el problema incluye la descripcion de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definicion del problema tiene que proporcionar informacion que optimice la actuacion en las siguientes etapas del proceso de solucion de problemas, pero excluye la informacion que se refiera a la intolerancia ante la incertidumbre o ante la activacion.

2 Generar soluciones alternativas implica que se proporcionen ideas eliminando las críticas se favorece la expresión incontrolada de ideas

3 Tomar una decisión consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular

4 Llevar a la práctica la decisión y evaluar la solución implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones Si el resultado no es satisfactorio el paciente empieza de nuevo e intenta encontrar una solución mejor Si el resultado es satisfactorio finaliza el proceso de solución de problemas